



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Mest meningsfylte dager

En kvalitativ oppgave om sykepleieres opplevelse av eget arbeid i

Psykisk helse og TSB

Tone Benedict Edwardsen

Masteroppgave i Psykisk helse HEL – 3902 Juni 2020

*Det er onsdagsmennesket
som fortjener begeistring
og onsdagsmennesket som fortjener hyllest*

Ikke vær et ettall på jorda

Bry deg om flokken din

- Sitat: Per Fugeli (2019)

Forord

Da nærmer mitt treårige masterløp seg slutten, og jeg sitter igjen med gode møter med medstudenter og veileder. I tillegg til at masterløpet endte i denne masteroppgaven. Gjennom mitt arbeid med mennesker, har jeg erfart arbeidsmiljø på godt og vondt, noe som gjorde at temaet ble gjenspeilet i masteroppgaven. Prosessen har vært utfordrende og lett, krevende og spennende, tidskonsumerende og gått altfor fort. Dette er det som best beskriver alle følelsene som har vært i sving gjennom tre år på skole, samtidig som man har hatt en fulltidsjobb.

Foruten støtten fra uvurderlige kollegaer og leder de siste årene, kan jeg med sikkerhet si at masteroppgaven ikke hadde blitt fullført. Takk for støtten fra avdelingen, og spesielt til min leder Karina Sebergesen, som alltid har hatt trua, og gitt meg gave i form av tid og utfordring.

En hverdag er preget av mangt, som datterhverdag, arbeidshverdag, søsterhverdag, studenthverdag, pårørendeverdag og tanteverdag. Nå sitter jeg igjen med en hverdag som gir meg mer tid sammen med de jeg er glad i og fullt tilbake i en jobb jeg trives i. En stor takk rettes til min søster, som alltid gir meg noe å strekke meg etter, personlig og profesjonelt.

En særskilt takk til Gunn Pettersen, som har støttet meg gjennom tider med usikkerhet og overmøt. Du har vært en forståelsesfull veileder som evnet å se meg gjennom det siste året av studiet, og det er jeg veldig takknemlig for.

Et treårig studieforløp er nå fullført og jeg kan ta sommeren 2020 med storm. I en litt rar tid, skal jeg finne tilbake til den nye hverdagen, hvor meningen er funnet i det å være nær de man er glad i.

Tone Benedict Edwardsen, Juni 2020

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Psykisk helse og rus – feltet har vært i endring de 20 år, noe som vises i Helsedepartementet sine reformer. Lov om spesialisthelsetjenesten ble opprettet i 2001 og endringene som kommer på sykehuset, kan være utfordrende for helsepersonell som yter helsehjelp. Sykepleieyrket er et selvforklarende yrke innen helsetjenester, hvor pleie av den syke er noe en utfører. Som sykepleier på sengepost innen Psykisk helse og rus derimot, synes jeg man ofte må forklare hvilket arbeid man utfører. Med implementering av begrep som brukermedvirkning og samvalg, vil spesialisthelsetjenesten stille ytterligere krav til helsepersonell. Oppgaven ser på arbeidet sykepleiere utfører på sengepost, og ser på hva de synes er betydningsfullt fagfeltet Psykisk helse og TSB.

Problemstilling: Hva opplever sykepleiere (inkludert spesialsykepleiere) som betydningsfullt i deres arbeid på sengepost innen Psykisk helse og TSB?

Metode: Studien er kvalitativ, og datasamlingen ble gjort ved utførelse av seks semi – strukturerte forskningsintervju

Resultater og konklusjon: Sykepleierne opplevde et stort ansvar i rollen som sykepleier på sengepost. Den mellommenneskelige arbeidsrelasjonen til de man arbeidet sammen med, ble en viktig del for trivsel på arbeid. Videre var det viktig at pasientbehandlingen var av god kvalitet, og sykepleierne forventet dette av dem selv, og de rundt. Dermed verdsatte de oppførsel som signaliserte tillit, ansvar og bevissthet av egen rolle. Fenomen som tilbakemeldinger, og å ha faglige diskusjoner, hadde stor betydning i arbeidet. Det var viktig å videreutvikle sin personlige og profesjonelle kompetanse, som under veiledning. Funnene viste at kompetansen som var mest verdsatt var erfaringsbasert kunnskap, og fronesis, med tanke på deres arbeidsfelt. Det var viktig med en god leder som evnet å lytte til sine medarbeidere, men deltakerne vektla enda høyere en ledelse som hadde slagkraft for saker de var opptatte av.

Nøkkelord: *sykepleie, tverrfaglighet, tillit, kompetanse, kollegastøtte, medbestemmelse, videreutvikling, bevissthet*

Abstract

Background and purpose: Mental health and addiction- wards have been through severe changes nationwide, especially the last 20 years, as shown in the Healthdepartments reforms. The law preserving the hospitals in Norway were set in notion in 2001. The changes within the hospitals, can make working conditions challenging for the healthcareworkers. Nursing is a self – explanatory profession within the field of healthcare, where tending to the needs and illnesses of others is something that one does. However, I find that nursing within the mental health and addiction- wards, often require an explanation to what one does. The thesis looks towards the work nurses do within the hospitals, that is constantly changing. Furthermore, it looks to what nurses themselves find significant within their work.

Research question: What do nurses (including psychiatric nurses) find significant for their work, when working in a ward within Mental Health and TSB?

Method: The method is a qualitative research approach, using data collected from six semi – structured interviews

Results and conclusion: The nurses in the study, felt a great responsibility in their role in the hospital ward. Colleague support from their coworkers was a significant find for their wellbeing at work. Furthermore, the nurses put great importance in the quality of patientcare. They had high expectations for quality care, this included expectaions for themselves, as well as their coworkers. They found it significant to act in a way where you were found to be trustworthy, responsible and aware of your role. Phenomenons such as feedback and having dicussions around mental health issues, were found be have great significance in the workplace. The conclusion found it was important to keep the focus on improving themselves, both personally and professionally. Findings showed that the knowledge that was valued highest in this field, was the one you gained from experience, as well as phronesis. Management had an important role in the ward, and the results concluded that being heard by your manager, was valuble. Allthough the participants appreciated being heard, they put more value on the management making necassary changes in cases that were important to them.

Key words: *nurses, nursing, trust, interdisciplinarity, knowledge, colleague support, condetermination, improving, awareness*

Innholdsfortegnelse

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Formål og forskningsspørsmål	2
1.3 Avgrensning og søkestrategi	2
1.3.1 Søkestrategi	2
1.3.2 Søkeord	3
1.4 Tidligere forskning	4

2 Teoretisk utgangspunkt

2.1 Tverrfaglighet i Psykisk helse og TSB	6
2.2. Sykepleieteori	7
2.3 Tillit i arbeidslivet	9
2.4 Kommunikasjon	10
2.5 Veiledning	10
2.6 Kompetanse	11
2.6.1 Personlig kompetanse	11
2.6.2 Praktisk kunnskap	12
2.6.3 Relasjonskompetanse	13
2.7 Profesjonsetikk	14

3 Metode for oppgaven

3.1 Forskerrollen	15
3.2 Design	16
3.3 Intervjuguide	17
3.4 Utførelsen av intervju	18
3.4.1 Lydopptak og transkribering	18
3.5 Datasikkerhet	19

3.6 Utvalg og rekruttering	20
3.7 Test – intervju	21
3.8 Analyse	22
3.9 Studiens troverdighet: Reliabilitet	23
3.10 Studiens gyldighet og overførbarhet	24
3.10.1 Ekstern validitet	24

4. Resultater: Studiens funn

4.1 Mellommenneskelige arbeidsforhold	25
4.1.1 Sykepleierrollen	25
4.1.2 Kollegastøtte og vaktlagets betydning	27
4.1.3 Tillit og tilstedeværelse	28
4.1.4 Arbeidsmoral og fravær	29
4.2 Kommunikasjon	30
4.2.1 God kommunikasjon	31
4.2.2 Å spørre om hjelp	31
4.2.3 Frustrasjoner og tiltak	32
4.2.4 Å gi og få tilbakemeldinger	34
4.3 Muligheten til å utvikle seg	35
4.3.1 Erfaring og ens betydning	36
4.3.2 Veiledning	36
4.3.3 Videreutdanning	37
4.4 Samhandling	38
4.4.1 Samhandling med pasienter	38
4.4.2 Samhandling med hverandre (kollega – kollega)	41
4.4.3 Samhandling med andre instanser	42

4.5 Organisatoriske arbeidsforhold	43
4.5.1 Turnus	43
4.5.2 Endringer	44
4.5.3 Ansvarsvakter	45
4.5.4 Ledelsesrollen	46

5. Diskusjon

5.1 Mellommenneskelige arbeidsforhold	48
5.1.1 Kollegastøtte	48
5.1.1.1 Kollegastøtte som tillitsforhold	49
5.1.1.2 Kollegastøtte som hjelperelasjon	49
5.1.2 Sammenhengen mellom ansvarsfølelse og arbeidsmoral	51
5.2 Kommunikasjon	53
5.2.1 Tilbakemeldingens betydning	54
5.3 Videreutvikling av personlig og profesjonell kompetanse	55
5.3.1 Veien som ledet til utvikling	57
5.3.2 Praktisk – og erfaringsbasert kunnskap	58
5.4 Samhandling	59
5.4.1 Størst av alt er pasientarbeidet	59
5.4.1.1 Å arbeide med pasienten som ønsker behandling, og den som motsetter seg	60
5.4.2 Tverrfaglighet som ressurs	61
5.4.3 Samarbeid for helheten	62
5.5 Organisatoriske arbeidsforhold	64
5.5.1 Livskvalitet og medbestemmelse	64
5.5.2 Rause ledere	65

6. Avslutning

6.1 Styrker og begrensninger ved studien 67

6.2 Oppsummering 69

Litteraturliste

Tabell for inklusjon/eksklusjon 21

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Masteroppgaven ser på hva sykepleiere innen Psykisk helse og rus, vektlegger som betydningsfullt i deres arbeid på sengepost. Sykepleie er et yrke som vanligvis ikke trenger noen forklaringer. Pleie av den syke er noe som vi gjør, som vi etterhvert spesialiserer oss i, det er ofte knyttet til prosedyrer og konkrete handlinger. Jeg opplever derimot at sykepleie til pasienter med psykisk helse – og rus lidelser, krever noen forklaringer på hva arbeidet består av. Ved å belyse temaet på en subjektiv måte, kan man få et bedre bilde på hva er betydningsfullt for sykepleiere.

Psykisk helse og – rus feltet har endret seg mye i løpet av de siste 20 årene. Dette vil også gjøre seg gjeldende innen spesialisthelsetjenesten. Helsedepartementets mål har vært å forbedre det psykiske helsetilbudet nasjonalt. Opptappingsplanen for psykisk helse og rus kom i 1998, da det skulle investeres 6,3 milliarder kroner rettet mot psykisk helsevern for perioden 1999-2006. Opptappingsplanen skulle bidra til både en kvalitativ og kvantitativ bedring av tjenestene for mennesker med psykiske vansker og problemer.

Opptappingsplanen baserte på at pasientene fikk ikke all hjelp de trengte, personalet følte at de ikke gjorde en god nok jobb, og myndigheten maktet ikke å gi et fullverdig tilbud til befolkningen. Planen bygget på verdigrunnlag som uavhengighet, selvstendighet og evne til å meste eget liv (Meld St.prp nr 63, 1997 -1998). Helsetjenestene har hatt økt fokus på at pasientene skal bli mer og mer deltakende i egen behandling, noe som sykepleiere som jobber på sykehus, vil merke.

Nye bestemmelser fra Helsedirektoratet har gjort at pakkeforløp innen psykisk helse og TSB tredde frem i 2018. Pakkeforløpene kom i et ledd for å effektivisere det psykiske helsetilbudet (Implementering av pakkeforløp, 2017). Dette innebærer at pasientene skal få et like godt og tilnærmet likt behandlingsforløp. Implementering av brukermedvirkning, og etterhvert samvalg, utfordrer helsetjenesten og deres ytere, ved at man er i et fagfelt i stor endring. Med innføringen av pakkeforløpene, kan effektiviseringen gjenspeiles i arbeidet til sykepleierne på sengeposter innen feltet. I Nasjonal helse – og sykehusplan for 2020-2030 står samvalg for pasientene sentral, hvor målet er at pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar (Meld St.nr 7, 2019). Dette vil få en endring i måten man yter helsehjelp på sengeposten. Det vil være interessant å sette fokus på sykepleiere på spesialisthelsetjenesten, som arbeider i et felt som vært under store endringer de siste 20 årene.

1.2 Formål og forskningsspørsmål

Formålet med denne studien er å sette søkelys på hva sykepleiere innen Psykisk helse og rus, finner som betydningsfullt i deres arbeid. Målet er å få frem stemmen til sykepleiere og deres opplevelse av arbeidet.

Forskningsspørsmål:

Hva er betydningsfullt for sykepleiere (inkludert spesialsykepleiere) i deres arbeid på sengepost innen Psykisk helse og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)?

1.3 Avgrensning og søkestrategi

Subgruppen sykepleiere ble valgt, til dels fordi jeg selv er sykepleier. I Psykisk helse og rusfeltet arbeider man tverrfaglig, og dermed kunne jeg ha valgt andre subgrupper, som sosionomer, miljøterapeuter eller vernepleiere. For å drive med forskning, er det å søke på elementer for å redegjøre for hvorfor tema blir valgt, en stor del av det. Dette utføres på engelsk, og det ble betydelig flere treff på artikler og oppgaver som nevnte nurses og nursing på tema arbeidshverdag. Det vil være nyttig å få en økt bevissthet på hva sykepleiere selv opplever som betydningsfullt i deres arbeid. Valget for å se på hele aspektet med sykepleieres arbeid, kom etter å nøye ha tenkt over om man skulle belyse den opplevde gode arbeidshverdag, eller å fokusere på hva som er særlig utfordrende. Mulig med denne problemstillingen, har man favnet bredere.

1.3.1 Søkestrategi

Søket falt på spesifikke databaser som samler opp informasjon innenfor feltet psykiatri og sykepleie: PsykInfo (American Psychological Association) og Cinahl (Nursing Journal databases). I tillegg var PubMed og Embase brukt. Tips om databaser og hjelp til søkeord har jeg fått av erfaren akademiker med lang bakgrunn i søking og søkestrategi. Det vil følge med en beskrivelse av komplette elektronisk søk innenfor databasene. Om søket for eksempel gir altfor mange treff, kan man risikere å ikke komme igjennom all datamaterialet til studiets formål. Om søket gir for få treff, vil man ikke ha nok evidens for å støtte studiet. Det er også dette som er det vanskeligste å svare på, i og med at det er ukjent hvilke, og hvor mange

artikler som er relevante. En søkestrategi bør bli testet for sin kompleksitet (Bramer, et al., 2018).

1.3.2 Søkeord

Søkeord må være ord som karakteriserer det man er ute etter. Altså ord som databasen eller informasjonskilden kan utnytte (Bjørndal, et al., 2013). For å finne søkeordene, tok jeg utgangspunkt i problemstillingen. For utformingen av søkeord anbefales det å bryte ned forskningsspørsmålet, for så å definere de viktigste elementene i spørsmålet. Deretter bør forskeren tenke ut hvilke av disse elementene som antakelig kun besvares i de studiene man er interessert i. Man bør også tenke over synonymer for nøkkelementene. Noen element i problemstillingen ble ikke nødvendig å søke på. Men nøkkelementer som arbeid og sykepleie ble tatt med i søkeordene. Synonymer ble hospital staff / working environment, nurs*/nursing. Søkene i databasene er uten unntak, oversatt til engelsk.

Søkeord som ble aktuelle:

Nurs, working environment, hospital environment, nursing, coworkers, hospital staff, issues*

«Nurses» er universelt, men måtte testes for skrivemåten av ordet. Valget falt på det trunkterte ordet *nurs**. Dette fordi *nurs** inneholdt da både den enkelte sykepleieren (*nurse*), faget sykepleie (*nursing*), samt alle sammenhenger hvor ordet for sykepleier, sykepleien og sykepleie ble brukt. *Working Environment/Hospital environment* ble begge brukt for begrepet arbeidsmiljø, og rommet både *conditions* (arbeidsforhold) og *place* (arbeidsplass). Når jeg søkte på *nursing AND coworkers* fikk jeg svært relevante treff for hvorfor jeg burde skrive om dette temaet videre. Ved å kombinere disse kom det mange artikler som direkte hadde ordet «bullying» i tittelen. Dette sier meg at kollegiale forhold hos sykepleiere trenger å bli belyst som et viktig tema når det kommer til deres arbeid.

Vedlegg 1) Tabell over søking i databaser

1.4 Tidligere forskning

Søking etter forskningsartikler og litteratur ble gjort gjennom hele prosessen, og ved flere omganger. Det er viktig å bruke databaser for å finne ut hva som allerede finnes av forskning på feltet. Søking på temaet vil gi en pekepinn på hva som allerede finnes av forskning på feltet sykepleie og deres arbeid, samtidig vil en avdekke mulige kunnskapshull. Det er gjort mye forskning på arbeidslivet, og i den siste tiden har også sykepleiers arbeid blitt satt fokus på. Dette er da gjort i form av spørreundersøkelser, som er en god måte å fange opp flertallet av fokusgruppene man vil undersøke. Temaet for denne oppgaven er sykepleieres arbeid, og fokuset rettes på sykepleierne selv. Det finnes en del forskning på sykepleie, og utførelsen av arbeidet sykepleiere gjør. Det fremkommer derimot mindre forskning på området psykisk helse og rus, i sammenheng med sykepleiers egne opplevelser av sitt arbeid.

Nedenfor presenteres tidligere forskning som er utført på temaet. Det vil bli 3 studier presentert: en kvalitativ masteroppgave om kollegastøttens betydning, en spørreundersøkelse gjort av Norsk sykepleierforbund for å kartlegge arbeidsoppgavene til deres medlemmer og en studie utført av Selskapet for industriell og teknisk forskning ved Norges tekniske høgskole (SINTEF) som så på arbeidet til sykepleiere innen Psykisk helse og rus feltet.

Nornes (2014) skrev en fenomenologisk studie av hvordan kollegastøtte påvirker trivsel og engasjement på arbeidsplassen. Masterstudiet var spesialisert på relasjonsledelse.

Utgangspunktet for å forske på temaet, kom fra teorier lest om motivasjon, engasjement og trivsel. Der fant hun at kollegastøtte er viktig i opplevelsen av å gi hverandre motivasjon. Hun beskriver hvordan tilfredstillende av behovene av autonomi, kompetanse og tilhørighet har potensiale til å øke ytre motivasjon til et nivå som ligner indre motivasjon. Hun tok det videre til å si at ved å hjelpe og støtte hverandre gir kollegaer hverandre autonomi og tilfører hverandre kompetanse. Begge elementene er viktig for engasjement og motivasjon. Ifølge Nornes (2014), ble tillitt og mistillit to begrep som ble viktig for hennes informanter.

NSF utførte i 2019 en spørreundersøkelse for sine medlemmer, som viser at 6 av 10 sykepleiere daglig bruker tid på oppgaver de mener andre burde utføre. Undersøkelsen har forsøkt å kartlegge hva sykepleierne faktisk gjør i løpet av en typisk arbeidsuke. Sykepleierne mener at det blir for lite tid til kvalitets – og kompetanseutvikling, og det som rangerte som

høyest av arbeidsoppgavene var journalføring og dokumentasjon, samt administrering av medikamenter etter forordning. Ifølge Bergsagel (2019) kommer det frem at sykepleiere ønsker å få nok tid til å gi alle pasientene nok tid og omsorg. Dette kommer i kontrast med at det oppleves som om man bare springer fortere og fortere på grunn av lav bemanning, flere pasienter og masse nye oppgaver. Det legges vekt på at det stilles større krav til effektivitet, og at man på en travel sykehusavdeling, ikke har tid til å ta kurs, lese artikler og oppdatere seg, fordi tiden ikke strekker til.

En rapport gjort av (SINTEF), på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund så på hva sykepleiers ansvar og arbeidsoppgaver var, når de arbeidet innen psykisk helsevern og TSB. Der så de på i hvilken grad sykepleierne opplever at pasientens psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov dekkes. Videre var meningen med rapporten å dokumentere behovet for nødvendig kompetanseutvikling i en helsetjeneste som er i endring. Rapporten er fra 2016-2017. Den baserer seg på fokusgruppeintervjuer og en spørreundersøkelse. Studien tyder på at en del av sykepleierne i psykisk helsevern for voksne og TSB strever med å definere sin rolle, altså hva som er særegent for dem. Dette gikk særlig på beskrivelsen av sykepleiernes spesifikke kompetanse på feltet. Noen beskrev rollen deres uanstrengt, og beskrev først og fremst det som var særegen kompetanse som: 'å se hele mennesket', kartlegging og relasjonskompetanse. Hovedinntrykket fra studien var at rollen som sykepleier ble utydelig, og at en opplever å måtte utføre oppgaver som ikke er sykepleiefaglige. Sykepleierrollen og ens ansvar defineres og forhandles fram i samspillet med de andre yrkesgruppene på feltet. Sykepleierne fikk gitt 32 oppgaver som de skulle rangere etter hvor mye de brukte tid på de ulike oppgavene. Oppgavene som ble rapportert som gjøres svært ofte/ofte var: observasjon av pasientens psykiske helse, kartlegge og vurdere rusproblematikk samt gjennomføre tiltak ved rusproblematikk. I tillegg ble det rapportert: Oppfølging av ulike behov for sykepleie (fysisk helse), administrering av medikamenter, dokumentasjon av behandling, og samhandling med andre aktører (internt og eksternt). Sammenfattet så gjør sykepleierne mange og varierte arbeidsoppgaver. Og der vektlegges et ønske om større grad av samarbeid med pasientens nettverk. Det samme gjelder ivaretagelse av pasientens medvirkning. I tillegg til å identifisere særskilte behov hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn, og legge til rette for fysisk aktivitet er oppgaver sykepleierne synes man skulle gjøre mer av (Melby, et al., 2017).

2 Teoretisk utgangspunkt

Bakgrunnen for studien er å belyse hva som er sykepleiere opplever som betydningsfullt i deres arbeid, når de arbeider innen psykisk helse og TSB. Teorien som ble brukt, ble gjennomgått i hele prosessen. Fokuset for teorien etter datainnsamlingen, ble på fagfeltet psykisk helse, sykepleieteoretikere, fenomenologi og kompetansebegrepet. Teori om fagfeltet psykisk helse og psykiatri er hentet fra flere lærebøker i feltet, deriblant fra *Psykiatri* av Engelstad Snoek og Engelsdal (2008). Disse ble viktige for beskrivelser av endringen fra begrepet psykiatri til psykisk helse. I tillegg ble teori fra Hummelvoll (et al., 2012) bok *Helt – ikke stykkevis og delt*, viktig i beskrivelsene om betraktninger om den psykiatriske pasient. I tillegg er betraktninger rundt organiseringen av spesialisthelsetjenesten og tverrfaglighet belyst her. Sykepleierteoretiske betraktninger blir her presentert i form av Løgstrups *Den etiske fordring* (2000), samt Martinsens (2012) gjenfortelling av filosofien hans i betraktning til sykepleie. Fenomenologi måtte forstås når man tar utgangspunkt i Løgstrups teori. I tillegg til dette ble Travelbees (1999) teori lest om det mellommenneskelige aspektet i sykepleie. Kompetanse er sett i lys av de forskjellige måtene kompetanse blir brukt av sykepleiere i arbeid innen psykisk helse og rus. Kompetanseforståelse blir her belyst av blant annet Skau (2015) som forteller oss om den profesjonelle og personlige kompetansen. Andre former for kompetanse blir beskrevet som tredelt av Aristoteles, med spesielt fokus på fronesis. I senere tid har også erfaringskompetanse og relasjonskompetanse tredd inn som viktig i feltet psykisk helse og rus. Dette vil bli beskrevet fra Spurkelands (2012) syn på relasjonskompetanse i form av ledelse. Kommunikasjon er viktig i alle former for relasjoner. Skau (2015) beskriver kommunikasjon og i tillegg brukes teori fra *Bære eller bryte*, skrevet av psykologene Røkenes og Hanssen (2012). Teori om veiledning er her beskrevet fra Tveiten (2015). Til slutt blir Grimens (2008) forståelse av profesjoner blir belyst fra profesjonsetikken.

2.1 Tverrfaglighet i Psykisk helse og TSB

Psykisk helse og rus - feltet virker å være i stadig endring. Psykisk helse har den siste tiden blitt hyppigere brukt som begrep, hvor begrepet psykiatri har lenge vært sidestilt. Engelstad Snoek & Engedal (2009) beskriver at psykiatrien utsprang fra et paternalistisk menneskesyn, hvor hjelperen skulle innta den autoritære og paternalistiske holdningen ovenfor den psykiatriske pasient. Psykisk helse og rus feltet har vært gjennom en endring de siste 20 årene, der brukermedvirkninger er forankret både i pleien, og i lovverket. Det er i dag en

selvfølge at pasientens rettigheter og krav til informasjon og samtykke, inngår i helsetjenesten. Strukturer i organisasjonen nødvendiggjør en endring med hensyn til spesialisthelsetjenesten, og hvordan de ulike lidelsene skal behandles.

Hummelvoll (et al., 2012) fremholder at en forutsetning for å utvikle et terapeutisk miljø er at de forskjellige yrkesgruppene skaper en fellesskapsfølelse. Tverrfaglig samarbeid skal bygges på et felles ansvar for kvaliteten i miljøarbeidet. Personlige motsetninger og spenninger vil kunne være med på å bestemme atmosfæren innad i arbeidsgruppen. En forutsetning er at man tilstreber å bli kjent med hverandre, og ha en viss innsikt i hverandres fagfelt for å kunne dra nytte av alle yrkesgruppene i arbeidet. Om man ikke tilstreber dette på hver sengepost, kan det oppstå konflikter angående kompetanse. I følge Hummelvoll (et al., 2012) er det viktig med møter mellom yrkesgruppene, for å få til noe på vegne av pasienten. Hummelvoll vektlegger betydningen av teamets oppbygging i det tverrfaglige samarbeidet. Teamets oppgave er å skape terapeutisk realisme med klare mål for arbeidet for den enkelte pasienten. Teamet er viktig i å styrke en fellesskapsforståelse, der pasientens situasjon blir tverrfaglig belyst (Hummelvoll, et al., 2012).

2.2 Sykepleieteori

Løgstrups teori er blitt knyttet opp mot sykepleie i flere sammenhenger. Ifølge Martinsen (2012) har filosofien og sykepleien noe med hverandre å gjøre i en vekselvirkning. Hun beskriver filosofien som undrende, åpen i sitt vesen og ikke formålsrettet. Deler av sykepleiefaget kan sies å være det samme. Filosofien kan utfordre de erfaringer sykepleierne kommer i, ved at sykepleieren kan få nye perspektiver på sine erfaringer ved å tyde de, tolke dem og reflektere over dem. Fenomenologien tar utgangspunkt i fenomenene i livet, det vil si det livet man lever i relasjon med andre, Løgstrup (2000) kaller disse fenomenene for livsytringer. Livsytringene er fenomener som barmhjertighet, medfølelse, tillit, talens åpenhet og håp. Hans etikk beskrives som ontologisk etikk – som betyr læren om det å være. Læren om væren mener Løgstrup (2000) er viktig for å treffe etiske gode beslutninger, da disse viser vår virkelighetsforståelse. Normer og regler kommer i annen rekke når det kommer til å trekke etiske beslutninger. Den etiske fordringen bli her beskrevet som: det å være menneske er å leve under krav og fordringer av mange slag. Mennesket lever i lyset av forventninger til en selv og hverandre. I et arbeidsforhold vil forventninger til hverandre være av stor betydning. Her kan Løgstrups (2000) filosofi brukes som en ledetråd når det kommer til å ta

etiske valg ovenfor hverandre i en arbeidsrelasjon. For Løgstrup er grunnfenomenet i å leve et etisk liv, at den andre beveger seg mot å bli imøtekommet. Når den andre beveger seg mot en, blir en nødt til å ta avgjørelsen om man skal ta den andre imot eller ikke. Valget står i en utalt fordring om å ta vare på den andre, tillitten er blitt lagt i vår hånd. En fordring indikerer at man har tatt noe av makten over i den andres liv. Fordringen går ut på å at man etter beste evne bruker den makten man er tillegnet, for å gjøre godt for den som har gitt en makten. Om en lever opp til fordringen, eller ikke, utgjør en standard for hvordan man kan forstå menneskets oppførsel. Tillitt er noe som man ofte må bygge opp i møte med psykisk syke, da de ofte har en grunnleggende mistillit, også i voksen alder. Når man først får denne tillitten fra en pasient på sengeposten, er dette en fordring som gir oss en makt ovenfor pasientene. Den etiske fordring, kan i denne sammenhengen, ha svært stor betydning for om utførelsen av sykepleie blir utført riktig ovenfor den psykisk syke pasient. Dermed er begrepet tillit noe man kan anta at deltakerne i studien, har gjort seg opp en mening om. Løgstrups (2000) beskrivelse av fenomenet tillit har blitt gitt liv når det kommer til utøvelsen av sykepleie. Tillitt hører normalt med i menneskelige relasjoner, og vi tar i utgangspunktet for gitt at de vi møter, snakker sant, med mindre vi erfarer at personen har løyet. Tillitt blir videre beskrevet som fundamentet i relasjonen mellom mennesker og tillit er noe som oppstår spontant mellom mennesker (Løgstrup, 2000).

Travelbee (1999) fokuserer på at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk. Travelbee var inspirert av eksistensiell filosofi og humanistisk psykologi. Hun mener at som individ tar mennesket del i mellommenneskelige erfaringer. Travelbee sier at å fremme helse, er like viktig som å mestre, bære og finne mening og håp. Hun tilknytter håpet sterkt opp mot sykepleie. Travelbee (1999) vektlegger at menneske søker etter mening i møte med lidelse, sykdom og smerte, og at som hjelper har man mulighet til å videreutvikle seg i disse møtene. Hun beskriver det mellommenneskelige aspektet i sykepleie slik: et menneske – til – menneske – forhold er et forhold der sykepleieren hjelper et individ, en familie eller samfunn. Innen Psykisk helse og TSB, må man bruke flere aspekter med seg selv inn i arbeidet. Dette kommer av at det krever både medisinsk kompetanse og sosialfaglig kompetanse, som ofte overlapper hverandre. For å inkorporere kompetansen som den psykisk syke pasient krever, må man bruke seg selv i stor grad. Travelbee (1999) presiserer at i det mellommenneskelige skal man tilstrebe å søke individets opplevelse av egen situasjon, og meningen i denne, fremfor å forholde seg til diagnosen. Det er dette som kjennetegner den profesjonelle sykepleieren, den som bruker sin egen personlighet i samhandlingen med pasienten. I denne

sammenhengen vektlegger hun kommunikasjon mellom mennesker, som et sentralt redskap i dannelsen av menneske – til – menneske – forholdet.

2.3 Tillit i arbeidslivet

I sammenhengen med arbeidslivet, har Kaufmann & Kaufmann (2007) delt opp begrepet tillit i fem elementer: integritet, lojalitet, kompetanse, konsistens og åpenhet. Tillit blir her definert som «en positiv forventning om at en annen person gjennom ord, handlinger og beslutninger vil unngå å handle rent opportunistisk». Her snakker man om å ikke handle på vegne av kun seg selv, noe som kan sees i en videre sammenheng når man arbeider sammen. Tillit mellom kollegaer vil bygge på at man sammen skal skape noe, eller jobbe mot samme mål. Om det oppstår diskrepans mellom handlingen og å jobbe sammen mot et mål, kan det oppstå usikkerhet.

Integritet er i følge Kaufmann & Kaufmann (2007) når det er samsvar mellom det en person sier og den en person gjør, og er en kritisk faktor når man vurderer hverandres troverdighet og ærlighet.

Lojalitet blir her beskrevet som den villigheten en person har tillit å stille opp for en annen person. Lojalitet impliseres således at vi kan stole på at en person ikke vil handle opportunistisk i forhold til den og de den er lojale mot.

Kompetanse har med personens fagtekniske og mellommenneskelige kunnskaper. Hvis det brister på kunnskapsgrunnlaget, så svikter det i det praktiske tillitsforholdet.

Konsistens er personens forutsigbarhet fra situasjon til situasjon. Konsistens handler om en kan stole på at personen følger faste rettesnor i sine handlinger.

Åpenhet er den siste dimensjonen av tillitt, og betyr at man kan føle trygghet på at en person sier den hele og fulle sannheten, og ikke holder vesentlige ting tilbake i viktige forhold mellom de som er i tillitsforholdet (Kaufmann & Kaufmann, 2007).

2.4 Kommunikasjon

Innenfor psykiatrisk sykepleie, vil samtaler og dialoger være den største delen av pleien når man er innlagt på sykehus. Å ha fokus på god kommunikasjon spiller dermed en sentral rolle i ivaretagelsen av pasienter som er innlagte innen Psykisk helse og TSB. Kommunikasjon er grunnleggende og en viktig del av fagarbeideres arbeid, når det kommer til å skape gode relasjoner. Røkenes & Hanssen (2012) beskriver at god kommunikasjon handler om evnen til å leve seg inn i den andres verden og skape et felleskap basert på opplevelsen man erfarer sammen. En viktig kompetanse i det mellommenneskelige aspektet, er å våge å være i krevende situasjoner. De vektlegger relasjonen som bærende, istedenfor de yrkestekniske metodene som blir brukt. De tre forholdene som må være tilstede for å utvikle en god relasjon er væremåte, empati og anerkjennelse (Røkenes & Hanssen, 2012). Det kan tenkes at væremåte, empati og anerkjennelse er brobyggende egenskaper i en arbeidsrelasjon, og kommunikasjon vil kunne sees i sammenheng med disse egenskapene.

Skau (2015) poengterer at den personlige kompetanseutviklingen krever sosialt samspill og påstår at møter mellom mennesker er kommunikasjon. God kommunikasjon er den kongruente kommunikasjonen. Den som er ekte og entydig. Ifølge Skau (2015) må man være entydig om det man skal utføre, for at kommunikasjonen skal være god. I tillegg må handlingen samsvare med det man kommuniserer. Denne kan kun forekomme når det ligger samsvar til grunn i våre følelser, ord og handlinger.

2.5 Veiledning

Sidsel Tveiten (2005) har utviklet en veiledningsmodell for gruppeveiledning med en ekstern eller intern person med yrkeskompetanse og veilederkompetanse. Arbeidsstoffet i veiledningen er i hovedsak deltakernes praksiserfaringer. Når veiledning blir brukt i yrkessammenheng, har den som overordnet hensikt å utvikle den profesjonelle kompetansen. Veiledning kan sies å være en terapeutisk metode med egen forskningstradisjon. Et helhetlig menneskesyn inneholder kognitive aspekter, affektive aspekter og handlingsaspekter. Når man arbeider med mennesker i psykisk helse og rus, er man trent opp til å se mer enn en ting av gangen. Å tenke helhetlig rundt pasientene er noe man bør tilstrebe til enhver tid. Disse henger tett sammen og påvirker hverandre. Denne formen for veiledning krever at det eksisterer tillitt mellom hverandre, slik at man får nytte av veiledningen. Refleksjon over egen

praksis er en stor del av veiledningen. Dette er sagt å være en forutsetning for å kunne praktisere kunnskapsbasert. Under veiledning, får deltakeren med bakgrunn i case, mulighet til å vende tilbake til praksissituasjonen med hjelp av refleksjon på gruppenivå. Veiledningens hovedhensikt er å legge til rette slik for videreutvikling av yrkesutøveres kompetanse (Tveiten, 2000).

2.6 Kompetanse

Profesjonell kompetanse innebærer teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Profesjonalitet innebærer mange ting, og sett i et yrke basert på møte mellom mennesker, må den teoretiske, praktiske og det personlige ofte handle samtidig. Skau (2015) hevder at å være profesjonell innebærer: at en er i stand til å nyttiggjøre seg en bestemt teoretisk kunnskap og visse yrkesspesifikke ferdigheter i møte med andre, å være person i møte med andre, og la dem gjøre det samme tilbake, å kunne være personlig på andre måter enn man er i det private, å være i stand til både å trekke et psykologisk skille mellom seg selv og andre, og skape god kontakt, å kunne sette hensynet til andre i fokus (Skau, 2015, s. 45).

2.6.1 Personlig kompetanse

Personlig kompetanse og betydningen av denne er særlig viktig i yrker hvor møtet mellom mennesker er sentral. Denne erkjennelsen kommer allerede når man innfører skikkethetsvurderinger under utdanninger som har med arbeidet med mennesker å gjøre. Skau (2015) mener at oppstår det et misforhold mellom betydningen av personlig kompetanse og utviklingen av denne, så kan man få et problem. Personlig kompetanse handler om den vi er som person, både for oss selv og i samspillet med andre. Det å utvikle sin personlige kompetanse, burde være viktig for den enkelte arbeider, men må også være samlet viktig på arbeidsplassen. Det viser seg at kommunikasjon oftest er grunnen til at brukere/pasienter klager på arbeiderne. Økt personlig kompetanse vil være viktig både å forebygge uheldige situasjoner og å takle dem når de oppstår. Skau (2015) poengterer at den samlede profesjonelle kompetanse består av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Den personlige kompetansen er et resultat av bearbeidet livserfaring og ikke er mulig å holde totalt uatskilt fra vårt «private» liv. Vi lever som både subjekt og objekt i verden, der man kan velge å bruke egne handlinger og mønstre for å konstruere oss etter hvordan virkeligheten rundt oss er, samtidig som vi kan være objekter som lydig følger regler

uten å disse blir gjenstand til refleksjon hos oss. Uansett så vil vår tankemåte og væremåte berøre andre. Hun legger særlig vekt på betydningen av den personlige kompetansen i yrker hvor møtet mellom mennesker står sentralt. Dette innebærer også å være villige til å endre på måten man utvikler slik kompetanse, på en arbeidsplass (Skau, 2015). Det kan oppstå et misforhold mellom den personlige kompetansen og utviklingen av den, spesielt om man ikke er klar over hvordan ens personlighet skinner igjennom på arbeid.

2.6.2 Praktisk kunnskap (fronesis)

Aristoteles (1999) forsøkte å fortelle oss at veien til å finne klokskap er ikke bare å lære den teoretiske kunnskapen (episteme) – og ikke bare bli fanget av de gjentagende ferdighetene (techné), men heller noe som også inkluderer praktisk klokskap (phronesis). Fronesis er en type intellektuell kompetanse som omfatter praktisk visdom/klokskap/fornuft. Det er også beskrevet som en dyd, en skjønnsmessig evne som erverves gjennom erfaring over tid. Aristoteles (1999) beskriver fronesis som evnen til å handle på en klok måte, til å se hva som er fornuftig å kunne, til å treffe riktige avgjørelser i konkrete sammenhenger, til å begrunne valg, å tolke lover, osv, og som forutsetter dyd. Fronesis inkluderer blant annet evnen til å reflektere, å forstå sammenhenger, til å kontekstualisere kunnskaper og til å være i stand til å utføre gode og fornuftige handlinger i konkrete situasjoner. Kunnskapsformen kan sees i sterk tilknytning til egen praksis, og i utdanningssammenheng har den fått stort fokus de senere årene. I dagens forskningslitteratur blir anvendelsen av fronesis beskrevet som en gjenopppdagelse, fornying og nytolkning av denne kunnskapsformen inn i moderne tid. Fornyelsen av fronesis er begrunnet i en økende tendens til instrumentell tenkning på bekostning av en mer reflekterende tilnærming til sentrale problemstillinger knyttet til praksisfeltet. Gjennom refleksjon er håpet at man får en form for fronesis som kan utvikles som en veiledende kraft. Fronesis er ikke en kunnskapsform som man kan lese seg til, men utvikles gjennom erfaring, refleksjon og diskusjon. I filosofien sier man at bare erfaring kan rettlede oss på veien mot holdbar og sann kunnskap. (Thornquist, 2015).

2.6.3 Relasjonskompetanse

Spurkeland (2012) skriver om begrepet relasjonskompetanse. Han definerer relasjonskompetanse som: ferdigheter, evner, kunnskaper og holdninger som etablerer, utvikler, vedlikeholder og reparerer relasjoner mellom mennesker. Spurkeland fokuserer relasjonskompetanse på forholdet mellom leder og medarbeider. Relasjonskompetanse er et relativt nytt fagområde i menneskeorientert arbeid. Han benytter Kaufmann & Kaufmanns (2007) beskrivelse av de fem dimensjonene i tillitsbegrepet. I følge Spurkeland (2012) føler en intuitivt tillit eller mangel på tillit i vårt første møte med hverandre. Han hevder at relasjonskompetanse er et grunnleggende komponent i vellykket ledelse. Om man oppnår god ledelse i samhandling med mennesker og evne til resultatoppnåelse, har sterk sammenheng med lederens relasjonskompetanse. Å investere i relasjoner til medarbeidere er selve grunnlaget for naturlig påvirkning. Andre påvirkninger blir beskrevet som påvirkning ut ifra makt og posisjoner. Det viser seg at ledere har en viktigere rolle enn de selv tenker. Det er svært viktig for medarbeidere å ha en god relasjon til lederen og oppleve at de kan føle seg trygge på denne. Relasjonskompetanse dreier seg om hvordan vi påvirker hverandre, og hvordan vi gjør hverandre gode, dårlige eller sårbare. Denne kompetansen er krevende da følelsesdelen av kommunikasjon blir tatt på alvor (Spurkeland, 2012). Han hevder at når mennesker velger et yrke som stiller krav til menneskekontakt, vil relasjonskompetansen være helt avgjørende for suksess i jobben. Enhver relasjonell påvirkning som får et menneske til å kjenne seg psykisk sterkere, mer kompetent og i stand til å ta i bruk det beste i seg, er kompetanse som gjør at enhver arbeidstaker god. Kompetansen omfatter svært mye av vår mellommenneskelige kontakt (Spurkeland, 2012). En av dimensjon innenfor relasjonskompetansen er menneskeinteresse. Denne beskrives som selve inngangsporten til relasjonskompetansen. Menneskeinteresse kommer tydelig til uttrykk når vi anvender metoder for å bli bedre kjent med hverandre. Spurkeland (2012) har to dimensjoner som utgjør relasjonskompetansens kommunikasjonsskjerne. Dette kalles dialogferdigheter individ og tilbakemelding; han poengterer at de fleste mennesker trenger å videreutvikle sine samtale – og tilbakemeldingsferdigheter. Erfaring viser at mottak av positiv tilbakemelding er et stort område for utvikling. Ved å gi tilbakemeldinger vil man øke prestasjonsevnen til de som får tilbakemeldingen. Ifølge Spurkeland, har dette tre hovedområder: - å få et menneske til å kjenne seg psykisk sterke, - få et menneske til å bli mer kompetent, - få et menneske til å finne og bruke sine sterke sider.

2.7 Profesjonsetikken

Grimen (2008) definerer profesjonsmoralen slik:

Villkår for samarbeid mellom yrkesutøvere som samhandler gjennom en kollegial organisasjonsform, og som eventuelt setter opp standarder for atferd ovenfor andre i den komplementære rollen som klient (Grimen, 2008).

Profesjonsetikk er etikken som hver profesjon tilegner seg via sin utdanning og videre arbeid. Ifølge Grimen (2008) utvikler man en profesjonsetikk på bakgrunn av sine yrkesetiske retningslinjer som man har med seg fra utdanningen. Sykepleiere utøver sitt yrke ifra en forståelse av at man følger en viss etisk og moralsk standard for den tjenesten man yter. En forståelse er at enhver profesjon innen omsorgsykket har tillit som grunnfenomen.

Profesjonsmoralen skal ha som funksjon å være et vern mot illegitimt utøvelse av arbeidet. Dette innebærer at alle med helsefaglig bakgrunn skal ha kunnskaper og holdninger som ivaretar respekten for pasientens menneskeverd og rettigheter. Grimen (2008b) hevder at det automatisk er en asymmetri mellom profesjonsutøver (herunder sykepleiere) og tjenesteyter (herunder pasientene). Ulikhetene blir forklart som delt i fire: epistemisk (kunnskapslært) asymmetri, profesjonens portvaktfunksjon, en viss grad for tvang i relasjonen og ulike forutsetninger i relasjonen. Den epistemiske asymmetrien vil alltid være tilstedeværende i relasjonen mellom sykepleiere på en sengepost og ens pasienter ved at relasjonen innebærer ulikheter i kunnskapen. Portvaktfunksjonen blir beskrevet som at helsepersonell har tilgang til tjenester og muligheter som samfunnet gir ved sykdom.

3 Metode for oppgaven

Metoden er fremgangsmåten som er blitt brukt for å besvare forskningsspørsmålet. Studien skal belyse sykepleiernes opplevelse av eget arbeid. Da er det hensiktsmessig å bruke kvalitativ forskning som metode. Kvalitative metoder søker å gå i dybden. Når forskning er kvalitativt betyr det vanligvis at man interesserer seg for hvordan noe gjøres, sies, oppleves, fremstår eller utvikles (Kvale & Brinkmann, 2015). Her redegjøres det for forskerrollen, fremgangsmåte og gjennomføringen av studien med tanke på design, intervjuguide, hvordan utvalgsstrategi og rekrutteringen foregikk, hvordan data ble samlet og lagret under forskningsprosessen.

Problemstillingen gjør at en ønsker å gå i dybden, og retter seg mot sykepleieres erfaringer. For å forstå deltakerne, må man ta i betraktning at arbeidet de beskriver er fra deres ståsted. Fenomenologi er, i følge Thornquist (2015), en erfaringsorientert tradisjon hvor oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet. Etterhvert har fenomenologisk tenkning fått interesse hos helsefagene, slik som i sykepleieyrket. Fenomenologien er først og fremst kunnskapsteoretisk. Husserl er sett på som grunnleggeren innen fenomenologi. Han rettet oppmerksomheten mot ens bevissthet. Han så på det slik at man aldri kan vite om det finnes en verden hinsides vår bevisste erfaring (Thornquist, 2015). Dette blir viktig å ha med seg når man forsker på mennesker og menneskelige fenomener.

3.1 Forskerrollen

Fra fenomenologien forstår vi at verden kun kan oppleves fra eget synspunkt, det vil si vi er bevisst verden slik vi selv oppfatter den (Thornquist, 2015). Mitt utgangspunkt som spesialsykepleier som arbeider på sengepost, har preget mitt ønske om å undersøke arbeidsfeltet. Det vil være vanskelig å frigjøre seg helt fra forutinntatthet når en forsker innen eget arbeidsfelt. For å forsøke å løsrive meg noe fra dette, har deltakerne kommet fra andre sengeposter enn sengeposten jeg selv arbeider på. Det vil mulig være enklere å sette seg inn i deltakernes situasjon, og vi vil ha samme utgangspunkt for å forstå begreper og terminologi innen fagfeltet Psykisk helse og TSB. Refleksivitet er en kompetanse som innebærer at forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandlingen med deltakerne, de empiriske dataene, det teoretiske perspektivet, i tillegg til å ta hensyn til egen forforståelse (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). En klar styrke i å forske i eget arbeidsfelt er

at man går inn i forskningen med en førstehåndskunnskap til det man studerer (Jacobsen, 2010). Forskeren får lettere tilgang til informanter, ved at man lett vet hvor man finner dem, samt førstehåndskunnskapen kan gjøre at man møter større åpenhet og tillit, enn man ville ha møtt om man var en utenforstående. Ulempen som Jacobsen (2010) mener er størst, er at man kan ha utviklet «blinde flekker», ved å ha en allerede forståelse for hvordan organisasjonen fungerer. Dette kan også sies som at min forforståelse av arbeidsfeltet, kan påvirke hva jeg vil oppnå med å forske på det. Gadamer (1999) viser til at mennesker alltid trer inn i situasjoner med sin forforståelse. Hvordan vi ser verden på, vil alltid være preget av hvordan vi tidligere har erfart den. Forforståelsen gjør seg gjeldende i den sammenheng vi tenker og handler i nåtid. Forforståelsen kan mulig være en ulempe med studiet, om man for eksempel diskrediterer informasjon som motsier det man selv oppfatter som sannhet om eget arbeidsfelt. Innenfor kvalitative studier, er det et kjent fenomen kalt «going native». Fenomenet går ut på at man i altfor stor grad identifiserer seg med deltakerne i studiet, og dette krever nøye overveielser for å unngå (NEM, 2010). Hermeneutikk er fortolkningslære og retter seg mot forståelse. En hermeneutisk tolkning er å forstå helheten fra delheten, hvor delheten skaper en ny forståelse for helheten (Gadamer, 1999). Dette kan jeg bruke i min forskning. Ved å ikke gå ut ifra at jeg forstår, men stille med en naiv erfaring til deltakerne, kan man åpne for ny forståelse. Hermeneutisk tolkning går i en sirkel, ved at man ikke kan forstå helheten uten delhetene, og heller ikke delhetene for seg selv uten helheten. Det blir viktig å være bevisst egen forforståelse som forsker, dermed må jeg være nøye med å avklare egen forståelse av arbeidet, for å lettere kjenne det igjen under forskningsarbeidet, og i bearbeidelsen av datamaterialet i etterkant. Gadamer (1999) mener at forståelse skjer i møte med andre, ved at man enten endrer eller øker forståelsen.

3.2 Design

Designet skal si noe om hva vi skal gjøre for å besvare vår problemstilling. Semistrukturerte intervju har til formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet (Kvale og Brinkmann, 2015). I følge Husserl, dreier livsverden seg om en naiv og ureflektert erfaring av verden. Filosofien til Husserl kan sies å handle om hvordan fenomener konstitueres av den menneskelige bevissthet (Thornquist). Det semistrukturerte intervjuet skal flyte mer som en samtale. Jeg har intervjuet seks sykepleiere som arbeider til daglig på en sengepost i

spesialisthelsetjenesten. Semistrukturerte intervju har en rekke tema som skal dekkes, i tillegg til noen forslag til spørsmål. Med dette designet som utgangspunkt, kan forskeren følge opp tema som kommer opp i deltakernes historie underveis. Under denne typen intervju kan samtalen flyte noe jevnere, da man ikke følger et standardisert skjema med spørsmål. Det er preget av fleksibilitet når det gjelder endring av rekkefølge og formulering av spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette passer bra når temaet (eget arbeid), kan handle om veldig mye forskjellig for hver enkelt av de man intervjuer. Den som intervjuer, skal kunne følge opp de spesifikke svarene som gis, og de historiene som deltakerne forteller.

3.3 Intervjuguide

En intervjuguide ble utformet før test – intervjuet, og ble utarbeidet og forbedret i forkant av forskningsintervjuene. Intervjuguiden kan beskrives som et manuskript som har som mening å strukturere intervjuforløpet (Kvale & Brinkmann, 2015). For dette studiet inneholder intervjuguiden tre hovedspørsmål, der arbeidet deres var sentral i hvert spørsmål. På to av spørsmålene, kommer det underspørsmål. Et tema som går på opplevelser, kan variere mye fra person til person. Dermed så jeg det som nødvendig å spesifisere spørsmålene ytterligere, med tanke på senere analysering av materialet. Kvale & Brinkmann (2015) mener at man kan gjerne ha forslag til spørsmål. Intervjuguiden inneholder åpne spørsmål, samt tema som har som mål å få frem hva deltakerne så på som betydningsfullt. Intervjuguide: Vedlegg 2)

I tråd med at det var et semistrukturert intervju, ble spørsmålene presentert om intervjuet krevde det. Siden intervjuene kunne flyte mer som en samtale, ble ikke spørsmålene stilt likt for hvert intervju. Prosjektet har som mål å få frem deltakernes opplevelse. Om deltakerne kom med verdifulle historier som ville ha utfall for prosjektet, måtte de følges opp med oppfølgingsspørsmål. Ifølge Tjora (2017) bruker man oppfølgingsspørsmål i dybdeintervjuer for å få deltakere til å utdype eller konkretisere sine svar. Oppfølgende spørsmål krever at forskeren er aktiv lyttende. Disse har til hensikt å få mer utfyllende svar. Eksempel på slike spørsmål er: «Kan du si noe mer om...» «Hva tenker du på når ...». Oppfølgingsspørsmålene kom når jeg som intervjuer, ville ha et mer konkret svar, eller klarhet i hva deltakeren mente. Under oppsummeringen, ble det lagt vekt på om deltakerne hadde noe mer de ville tilføye. Dette var nyttig for å bedre forstå svarene fra sykepleiernes perspektiv, der oppsummeringen i noen intervju, resulterte i mer utfyllende svar enn før oppsummeringen fant plass.

3.4 Utførelsen av intervju

I forskningssammenheng har intervju blitt en utbredt måte å tilegne seg kunnskap om menneskers livssituasjon. Kvale & Brinkmann (2015) hevder at når man utfører intervju, gjør man det for å få et innblikk i menneskelige opplevelser fra deres ståsted. Intervjuene ble utført over en periode på fire uker, hvor det varierte mellom hvor langt mellomrom det var for hvert intervju. Det ble gjort en del forberedelser på forkant av selve intervjuprosessen, samtidig ble det reflektert og endret noe imellom intervjuene. Erfaringer som kom i hvert intervju, ble umiddelbart skrevet ned i et dokument, som ble samlet sammen før analysearbeidet av intervjuene, startet. I informasjonsskrivet som deltakerne fikk tilsendt via mail, ble det presisert at de selv kunne velge plass hvor intervjuet skulle foregå. Fire av deltakerne valgte å ta intervjuet på eget arbeidssted, mens to lot det være opp til meg som intervjuer å finne sted. Tjora (2017) mener at det er viktig at informantene får selv velge et sted der de kan føle seg trygge og avslappet, mens de reflekterer rundt temaet. Det andre stedet som ble valgt, var egnet for å ha både båndopptaker og begge to tilstede, uten forstyrrelser. Det kunne være utfordrende for meg som intervjuer å skape en type atmosfære der kandidatene selv arbeidet. Her ble det jeg som var gjest, og fikk servert drikke, og ikke omvendt. Ved de andre anledningene, var det jeg som inviterte de som gjester, og det ble noe enklere for meg å skape atmosfæren rundt intervjuet. På forkant av intervjuene, hadde jeg bestemt meg for å oppsummere det sykepleierne hadde sagt etter at hovedtemaene var gjennomgått. Dette resulterte i at noe av informasjonen som ble gjengitt, ble belyst som viktigere enn andre og det kom ytterligere presisering rundt det deltakeren hadde sagt. Ved et tilfelle ble en deltaker oppmerksom på at hen ikke hadde sagt noe om ledelse, og ville at dette skulle tas med videre. Dermed resulterte oppsummeringen i mer informasjon som var verdifullt for prosjektet.

3.4.1 Lydopptak og transkribering

For å samle inn data, valgte jeg å bruke intervju og lydopptak. Lydopptak ble gjort på godkjent båndopptaker fra UiT. Det vil være nyttig å ha audio av intervjuet i etterkant. Det er mye i kommunikasjonen mellom forsker og deltaker, som kan være vanskelig å fange opp under selve intervjuet. Ved å ha opptak av intervjuet, vil man kunne lytte nærmere til svarene som gis, og få en bedre forståelse av hvorfor samspillet ble som det ble under intervjuet. Opptak av lyd har blitt en etablert metode i forskning der samspill mellom mennesker skal

studies. Lyddopptaket skal også bearbejdes til tekst, og kan dermed slettes relativt kort tid etter at intervjuene er blitt utført. Da er det teksten av intervjuet som er datamaterialet. Deltakerne ble informert skriftlig om at intervjuet skulle bli tatt opp på bånd. Dette var viktig fordi forutsetningen for bruk av lyddopptak, er innhenting av samtykke (NEM, 2010). De seks sykepleierne som ble intervjuet, gikk med på dette etter å ha lest informasjonsskrivet, og jeg kunne trygt begynne intervjuprosessen. Dataen som innhentes fra sykepleierne under intervjuet, ble transkribert. Ifølge Tjora (2017) unngår man å miste mye av informasjonen i selve oversettelsen, om en selv velger å transkribere materialet. Hvert ord fra intervjuene ble gjort om til tekst, også de som ikke vil ha betydning for funnene i intervjuet. I tillegg ble uttrykk som fanges opp under opptaket (sukk, stillhet/pause, gråt o.l) inkludert. På denne måten kunne jeg gjengi en direkte transkribering av det respondentene tilegner meg. Kvale & Brinkmann (2015) hevder at det aldri vil forekomme en fullkommen transkripsjon, da det viktigste tapet fra audio til tekst er tap av det visuelle, og informasjon om stemningen i løpet av intervjuet. Valget for transkripsjonsstrategi var å fokusere på tekst, hvor det var avgjørende å fastholde meningsinnholdet i det som ble sagt av sykepleierne. Transkripsjonen innebærer etiske spørsmål, som konfidensialitet mellom intervjuer og deltakeren. Konfidensialitet og fritt informert samtykke henger tett sammen i forskningssammenheng. Samtykkeskjema kan sees på som en kontrakt mellom forsker og deltaker, hvor det er spesifisert hva informasjonen som deltakeren tillegner meg, skal brukes til. I tillegg er konfidensialitet viktig med tanke på personvernet. Som sykepleier, forpliktet en til å verne om mennesker som en kommer i kontakt med, uavhengig av kontrakt eller samtykke, dette var også viktig i denne sammenheng. (NEM, 2010). Teksten ble umiddelbart anonymisert ved at navn, stedsnavn, avdeling eller kjønn ikke ble transkribert. For å sikre at informasjonen, ikke blir misbrukt, ble lyddopptakene og transkriberingen trygt lagret under forskningsperioden på ett år. Datamaterialet ble slettet når analyseringen av materialet var utført (NEM, 2010). Det var minst en dag imellom transkriberingen av hvert intervju.

3.5 Datasikkerhet

Norsk senter for forskningsdata har godkjent studien. All forskning skal rapporteres til NSD. Siden deltakerne ikke er å regne som sårbare gruppe individer, trengte ikke prosjektet ytterligere godkjenning fra REK. Søking for prosjektet ble gjort som første steg i masterprosessen. Å sikre data under forskning, er lovpålagt. NSD poengterer at det er

studieinstitusjonen (herunder UiT) som står ansvarlige for å sikre at personvernloven følges. I denne studien ble UiTs retningslinjer for datasikkerhet fulgt. Datahåndteringsplanen er et verktøy fra UiT som innebærer at forskningsdata håndteres etter loven, strukturert og sikkert. Dette skal lagres, gjenbrukes og forstås i fremtiden (NSD, 2019). Datahåndteringen for denne masteroppgaven var å låne godkjent båndopptaker fra universitet (UiT). For å bevare anonymiteten til deltakerne ble lydopptaket deretter lagret på en minnepenn som krypterer informasjonen. Lagring av utstyr ble gjort i samråd med veileder på UiT, som har ansvar for å etablere rutinene for å sikre personvernet. Vedlegg 4) Godkjenning fra NSD

3.6 Utvalg og rekruttering

Utvalget var seks sykepleiere som alle arbeidet på en sengepost i spesialisthelsetjenesten. Studien er basert på strategisk utvalgte deltakere. Noe av det viktigste i prosessen mot å få svar på problemstillingen, var å finne deltakere som arbeidet på en sengepost innen enten Psykisk helse eller TSB. Dermed var ikke deltakerne tilfeldig utvalgte, men ble valgt ut basert på kriterier (Tjora, 2017). Meningen med studien var å få tak i sykepleiernes opplevelser, i forhold til forskningsspørsmålet. Malterud (2011) presiserer at utvalget er sammensatt ut ifra målsetningen om at materialet skal ha best mulighet til å belyse problemstillingen. Etter at mail ble sendt til arbeidstakere via deres leder eller fagutvikler, ble ni stykker kontaktet som alle møtte kriteriene. Det ble mye respons fra ledere og fagutviklere ved første sending av mail, der også noen av de møtte inklusjonskriteriene. Dette resulterte i at en av de lot seg intervju, og hadde mye å komme med angående hva som var betydningsfullt i deres arbeid. Av ulike årsaker, endte utvalget på seks sykepleiere. Videre var det strategisk valgt ut tre menn og tre kvinner i utvalget, og de kom fra fem sengeposter innen samme sykehus. Siden mulighetene lå slik at jeg kunne velge mellom begge kjønn, valgte jeg strategisk slik at det var like mange menn som kvinner med i studien. Dette valget gjorde jeg fordi sykepleieryrket har et overtall av kvinner, og i forskningssammenheng vil det da oftest være deres stemme som kommer frem. I Psykisk helse – og rus, er det slik at det er en jevnere kjønnsfordeling, noe som gav meg muligheten til å velge like mange antall menn som kvinner. For studien var det viktigste at de hadde arbeidserfaring innen psykisk helse, og videre at de arbeidet på en sengepost innen psykisk helse eller TSB. Kriteriet for å ha to års arbeidserfaring bygger på et ønske om å få en mer reflektert nyansering basert på deltakernes erfaring. Et informasjonsskriv ble sendt på mail til enhetsledere og fagutviklere i spesialisthelsetjenesten

(herunder Psykisk helse og rus klinikken og TSB). Deretter var det opp til de å finne aktuelle kandidater av deres arbeidstakere. En leder valgte ut to medarbeidere selv, og presenterte det slik at disse kunne begge stille til intervju og møtte kriteriene for studien, etter at hen selv hadde snakket med dem. Ved de andre tilfellene, sendte lederne mail tilbake med navn på de som passet kriteriene i informasjonsskrivet. Disse ble strategisk valgt ut, og det ble sendt en ny mail med informasjonsskriv som var laget for deltakerne, sammen med et samtykkeskriv for signering. Vedlegg 3) Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Tabell for inklusjon/eksklusjon

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleiere	Annet helsepersonell
Arbeider på en sengepost innenfor psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten	Arbeider på andre avdelinger, eller ikke i helsevesenet
Minst 2 års arbeidserfaring	Sykepleiere med mindre arbeidserfaring

Tabell 1)

3.7 Test – intervju

Et test – intervju ble gjennomført i god tid før de andre intervjuene. Utvalgsstrategien og formålet for masteroppgaven, ble fulgt også under dette intervjuet. Jeg valgte å gjøre dette for å ha tid til å utarbeide intervjuguiden ytterligere og for å øve på selve intervjuprosessen. Dermed sikret jeg brukervedvirkning i min forskning. Ifølge Nasjonale retningslinjer for brukervedvirkning i forskningssammenheng (2015) må en avklare forventninger angående hvordan samarbeidet skal fungere. Sykepleieren som lot seg intervjuet, var svært behjelpelig med å kvalitetssikre spørsmålene i intervjuguiden, og hjalp meg som er relativt fersk som intervjuer, å øve meg før deltakerne ble intervjuet.

3.8 Analyse

Etter analysen viste det seg 5 kategorier som presenteres: Mellommenneskelige arbeidsforhold, Kommunikasjon, Mulighet til å utvikle seg, Samhandling og Organisatoriske arbeidsforhold. Analysemetoden som ble brukt er Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering. Metoden er utviklet for nybegynnere ved å gi en enkel innføring i hvordan prosessen kan gjøres på en systematisk måte. Systematisk tekstkondensering består i fire deler og hvert trinn blir beskrevet opp mot studien.

Analysen begynte allerede under intervjuet, ved at jeg fikk et førsteinntrykk av hva deltakerne mente var betydningsfullt for dem. Denne delen av analyseringsprosessen ble det arbeidet ytterligere med. Neste steg var å danne hovedkategorier for utsagnene fra deltakerne i studien. Selve arbeidet bestod i å høre gjennom intervjuene på lydopptaker. Malterud (2017) sier at første trinn går ut på å bli kjent med materialet. Dette ga meg en helhetsoppfatning av hva deltakeren mente om arbeidet sitt. Her gjelder det å legge til side min egen forforståelse, for å konsentrere arbeidet rundt hva som blir sagt under intervjuene. Kategoriene ble delt i åtte temaer. Malterud kaller dette *foreløpige tema*, og presiserer at man skal innta et fugleperspektiv under første trinn. Disse ble laget ut ifra førsteinntrykket av intervjuene. Jeg har senere måtte endre de foreløpige tema etter å ha gjennomgått det transkribert materialet ytterligere, også for å komme til 5 deler, som anbefales av Malterud (2011). Kategoriene ble da endret til: Mellommenneskelige arbeidsforhold, Kommunikasjon, Samhandling, Mulighet til å utvikle seg og Organisatoriske arbeidsforhold.

Malterud (2017) beskriver tekstkondenseringens andre trinn som å hente ut deler av teksten som bar med seg kunnskap om tema som var satt i første trinn. Dette ble gjort fra råmaterialet i transkribert tekst, og linje for linje av hvert intervju ble gjennomgått og kategorisert. Meningsbærende enhet i utsagnene ble skilt fra utsagn som ikke svarte til problemstillingen, eller handlet om tema. Dermed var tekstkondenseringen systematisk, som Malterud (2017) beskriver. Videre ble disse delt opp i enheter tema for tema. Valgt material ble satt ut av sammenheng med hver deltaker. På dette trinnet, var ønsket å ytterligere løsrives fra egne fortolkninger og kun fokusere på datamaterialet i form av tekst. Utsagn og enkeltsetninger ble kopiert fra det transkriberte materialet, over i et analysedokument. Gjennomgangen av råmaterialet tok lang tid, og måtte gjennomgå flere ganger slik at all viktig informasjon fra intervjuene, ble tatt med i det videre arbeidet. Ifølge Malterud (2017), kalles denne prosessen de – kontekstualisering. Deretter ble enkeltsetningene (utsagnene) systematisert og deretter

kodet under de foreløpige tema. Kodegruppene representerte et noe mer nyansert bilde av deltakernes utsagn, og temaene ble underkategorisert til langt flere enn de foreløpige som var på åtte stykk. Det kom også opp flere tema etterhvert som jeg gikk grundigere inn i materialet som var valgt ut. De foreløpige tema ble ytterligere spisset.

Det tredje trinnet innebærer å abstrahere innholdet i de ulike kodegruppene. Kodegruppen `Mellommenneskelige arbeidsforhold` ble til disse subgruppene: Kollegastøtte og vaktlagets betydning, hjelpsomhet, tillit og tilstedeværelse og arbeidsmoral og fravær. Materialet ble møysommelig gjennomgått, og krevde en hel del tid å analysere. Subgruppene ble delene som videre ble analysert, der hver subgruppe utgjorde sitat fra deltakerne. Et kunstig sitat ble konfigurert. Kondensatet stammet fra alle sykepleierne som var med i studiet, noe jeg sørget for i hver subgruppe. Kondensatet ble skrevet i jeg – form og er et resultat av utsagn som representerer sykepleierne som ett. Innholdet måtte videre kvalitetssikres for subgruppen den hørte under. Når dette var gjennomgått, endte man med artefakt for hver subgruppe. Arbeidet med å abstrahere innholdet ble gjort ut ifra artefaktene fra hver kodegruppe. Ved å lese disse fant jeg meningen i innholdet.

Det fjerde, og siste, trinnet var å sammenfatte betydningen av dette. Dette trinnet i systematisk tekstkondensering består av rekontekstualisering. Delene ble da satt sammen igjen. Det ble laget en analytisk tekst for hver subgruppe, der det ble mer en generell form istedenfor i jeg- form. Det er også blitt identifisert gullsitater som kommer fra deltakerne som oppsummer essensen i hver subgruppe. Disse er markert med kursiv-skrift under hvert tema, og vil bli presentert i `Resultater`.

3.9 Studiens troverdighet: reliabilitet

I studien ble det gjort forskjellige steg for å sikre reliabiliteten. Steg en var å utføre et test-intervju for å sikre brukermedvirkning i studien. Det ble et viktig ledd for å kvalitetssikre spørsmålene. Test – intervjuet gjorde at temaet ble ytterligere spisset, og målet med studien ble klarere ved denne forandringen. Dermed ble det også endret litt på spørsmålene. Et annet steg var å sende et informasjonsskriv til deltakerne slik at de kunne lese dette før de sa ja til å delta i studiet. Et skriv med lik informasjon, ble også sendt til deres ledere og fagutviklere. Informasjonsskrivet var tiltenkt slik at sykepleierne kunne bli kjent med prosjektet og de tema vi skulle snakke om. Deltakerne ble informert skriftlig om at intervjuet skulle bli tatt opp på

bånd. De seks sykepleierne som ble intervjuet, gikk med på dette etter å ha lest informasjonen om prosjektet. Et intervju var preget av noe korte svar og der mye av tiden gikk ut på å få sykepleieren til å utfylle svarene. Intervjuet var også kortere enn de foregående. Etter at båndopptakeren var skrudd av, fløyt samtalen mye lettere. Hen fortalte mye om eget arbeidssted, hvor det kollegiale samspillet betydde mye. Hen begrunnet at dette var viktigere enn hvilken pasientgruppe hen arbeidet med. Om sykepleierne kom med verdifulle opplysninger som ville ha hatt betydning for prosjektet, måtte jeg ha overveid om dette kunne brukes i oppgaven. Ut ifra et etisk synspunkt ble deltakeren direkte spurt om tillatelse til å rapportere de temaene i min forskning (Kvale og Brinkmann, 2015).

3.10 Studiens gyldighet og overførbarhet

Under selve intervjuet, ble det gjort en oppsummering av hva deltakerne hadde sagt, dette for å kvalitetssikre at all informasjonen var kommet med, og at jeg som intervjuer hadde tolket dette riktig. Underveis i prosessen, har intervjuene vært omhyggelig gjennomgått, både audio og tekst for å sikre at ingen meninger, eller utsagn om betydningsfulle faktorer i arbeidet gikk tapt og dermed ikke ble med i studien. Validitet går ut på om forskeren har fått tak i kildene som kan svare på problemstillingen, og om de kildene gir fra seg riktig informasjon. Der nest kan man si at validitet går ut på om en kan stole på at funnet i studiet er gyldig. De fleste ledere gav meg navnene på deres arbeidstakere som møtte kriteriene, slik at jeg kunne kontakte de direkte. I ett tilfelle hadde leder valgt ut respondentene etter å selv ha spurt de om de ville delta på forskningen.

3.10.1 Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om studiens overførbarhet. Hensikten med kvalitative studier er sjeldent generaliserende funn, men målet med forskningen er likevel at de skal gi kunnskap som kan brukes videre innenfor helseaspektet, og må således ha en overføringsverdi (NEM, 2018). Er funnene generaliserbar fra disse sykepleiernes opplevelse av deres arbeid, til andre sykepleiere? Kvalitative studier har som formål å forstå og utdype begreper og fenomener, og går ikke utpå å generalisere fra en liten gruppe til en stor populasjon. Utvalget i denne masteroppgaven er seks sykepleiere som alle arbeider under samme sykehus.

4. Resultater: Studiens funn

Resultatene presenterer i hovedkategoriene som svarte til problemstillingen og gjaldt sykepleiernes opplevelse av eget arbeid, og hva de verdsatte i arbeidet. I resultatene vil man også få presentert sitater fra deltakerne, som representerer deres meninger om det gitte tema.

Under hver hovedkategori følger subgruppene. For å belyse subgruppene, vil sitat fra sykepleierne komme i kursiv i teksten, med forklaringer i subgruppene.

4.1 Mellommenneskelige arbeidsforhold

Følgende kategori går på sykepleierrollen og betydningen av å ha kollegaer som støttespillere i en arbeidshverdag. Mellommenneskelig her er forholdet mellom sykepleieren og sine kollegaer, forholdet mellom de som er på vakt sammen, og hva sykepleierne vektlegger av mellommenneskelige egenskaper hos seg selv og de man arbeider med.

Under analyseringen av det transkriberte materialet, ble mellommenneskelige arbeidsforhold uttrykk i følgende subgrupper:

- Sykepleierrollen, - Kollegastøtte og vaktlagets betydning, - Tillit og tilstedeværelse - Arbeidsmoral og fravær.

4.1.1 Sykepleierrollen

Roller som sykepleier var godt gjennomtenkt av deltakerne. De reflekterte om det å arbeide sammen med andre yrkesgrupper, gjorde at en hadde behov for å definere hva slags rolle en selv hadde på sengeposten. Det ble lagt vekt på at man fikk brukt seg selv som menneske og som fagperson, og at det føltes fint. Sykepleierne følte at de fikk en del ansvar på avdelingen. Ansvarsfølelsen fikk en stor betydning i forhold til eget arbeid, men ble også uttrykt som en viktig egenskap hos de man arbeidet sammen med. Sykepleiere var ofte behandler eller hadde koordinatoransvar i teamet til pasientene. Selv i de rollene hvor sykepleiere var ansatte som miljøterapeuter på lik linje med andre faggrupper, kunne det være at de måtte ha et hovedansvar for pasienter som kom inn og var i dårlig forfatning. En av sykepleiere hadde en annen rolle enn sine medarbeidere på sengeposten, da hen mente at man ikke så sykepleie i

det å være behandler. Som et tiltak for dette, mente hen at det med fordel kunne være flere sosionomer på avdelingene som kunne ta de oppgavene. Hen fikk medvirke til egen arbeidshverdag, ved å ønske å ha det tilrettelagt slik at man ikke var behandler, noe som gav en følelse av å bli sett av ledelsen. Noen var med i klinikkprosesser, og underviste. Rollen som sykepleier virker å være allsidig. Sykepleierne følte seg alle utfordret, noe som for det meste ble sett på som positivt. Noen mente at det noen ganger kunne ha vært godt å ha en jobb der det var mindre ansvar involvert, som å sortere bøker på et bibliotek eller bone et gulv. Det opplevdes for det meste meningsfylt å arbeide som sykepleier innen psykisk helse og rus- feltet, men noen bemerket at det kunne være tilfeller der man følte man ikke strakk til. En sykepleier uttrykte at en meningsfull dag kunne til gjengjeld, gjøre opp for dette. Alle nevnte det å ha ansvar for administrering av medisiner som en av oppgavene som sykepleier. Det kom frem at det kunne være vanskelig å vite hvordan rolle man skulle innta seg på noen sengeposter. Det var en tendens til at deltakerne mente at man ble tatt med i avgjørelser om det gangnet ledelsen, og noen uttrykte at det var vanskelig å vite hva som ble forventet av en når man var behandler. Det var mye man kunne sette seg inn i som behandler om man bare ville, og det manglet noe tydelighet rundt hva ansvaret berodde i. Det ble sagt at det var utydelige linjer på arbeidsplassen, og det ble oppfattet som utfordrende å arbeide slik. En forklaring var at det var utydelighet på systemnivå. En sykepleier beskrev sykepleierrollen slik:

«... også undervisning for de ansatte, nyansatte og vikara. Ja, innenfor helse, innenfor rus, eh, psykisk helse, fysisk helse. Litt forskjellig, sånne ting. Ja, æ har ikkje så mye behandleransvar som mange andre har. For å være helt ærlig så synes æ ikkje det ligne på sykepleiejobb, det e jo bare sånn sosionomting».

Sitatet viser at hen ikke følte at behandlerrollen lignet sykepleierrollen, da det var mye koordinering og møtevirksomhet knyttet til det å arbeide som behandler. Da hadde hen ønsket seg bort fra denne delen av arbeidet, da hen følte hen fikk brukt seg selv som sykepleier ytterligere i å drive med undervisning og veiledning. Sitatet viser også at det å arbeide tverrfaglig, var verdsatt, og at en savnet den sosiale kompetansen på sengeposten.

4.1.2 Kollegastøtte og vaktlagets betydning

Deltakerne var umiddelbart mest opptatt av det kollegiale når de ble spurt om hva som var betydningsfullt for dem i deres arbeid. Dette var noe jeg hadde tenkt på forhånd, men det var veldig fremtredende da det var det alle seks sykepleierne begynte å snakke om, hadde tenkt masse på, og var opptatte av. Kollegiale egenskaper som deltakerne opplevde som betydningsfulle var: at kollegaene hadde gode mellommenneskelige kvaliteter, var hjelpsomme eller tilbydde hjelp, at de støttet opp under vanskelige situasjoner og at de evnet å se hverandre. De illustrerte caser hvor det å bli støttet opp, var med på å holde humøret og moralen oppe. De fleste nevnte at å ha en god relasjon til sine kollegaer var viktig, noen sa til og med at relasjonen en hadde til sine kollegaer kunne være blant de nærmeste relasjonene de hadde. Flere snakket om hvor viktig kjemien til dine kollegaer var, og mente at hvilken relasjon man hadde til hverandre, berodde mye på kjemien seg imellom. Sykepleierne oppgav god kontakt til kollegaene som særlig viktig i forhold til å ha et godt arbeidsmiljø. En sykepleier formidler:

«Spesielt hvis det er noen utfordrende caser som krever mye.. som menneske da, å stå i.

Så er det kollega som, den støtten da som holder en oppe liksom».

Sitatet er illustrerende for hvor mye man vektla det å ha gode kollegaer for arbeidshverdagen. I et ledd om kollegastøtte og viktigheten av dette, ble vaktlaget trukket frem. Dynamikken i vaktlaget ble tatt opp som et viktig moment for trivsel og ved utskiftninger av kollegaer, så ville naturlig nok dynamikken endre seg. Stabilitet og forutsigbarhet i vaktlagene var betydningsfullt for deltakerne. Å ha det stabilt på jobb, var viktig for deres trygghet. For eksempel; sykepleiere som var vant til å forholde seg til en plan på arbeid, synes det var deilig om den ble fulgt, som et ledd i at arbeidsdagen var stabil. Var arbeidsdagen preget av kaos, ble den sett på som hektisk og uoversiktlig. Her ble også fordelingen mellom kvinner og menn på vaktlagene en faktor som noe som hadde betydning for å føle trygghet. Det ble også trukket frem at det å ha kjente fjes på avdelingen var fruktbart for både de man arbeider med, og for pasientene. Det var viktig at kollegaene på vaktlagene var godt kjent med hverandre. Det ble poengtert at et vaktlag som kjente hverandres mønster, var viktig for å vite hvor man

hadde hverandre. Noen av sykepleierne hadde hatt erfaring med å ha fast turnus med flere kollegaer tidligere, og hadde i ettertid reflektert over hvor mye det hadde å si for tryggheten være en stabil arbeidsflokk på jobb. En deltaker sa:

«Det er jo kollega.. korsen man e på jobb og har det på jobb. Ja, dynamikken i vaktlaget e en hovedgreie for at arbeidsdagen skal være så bra som mulig».

Sykepleieren som snakket om vaktlagets betydning, la stor vekt på at trivsel på jobb handlet om vaktlaget var samkjørt eller ikke. Sitatet ovenfor viser til at dette var et hovedelement for at arbeidsdagen skulle bli god eller dårlig. På den andre side, ble det uttrykt om man opplevde at ingen hadde kontroll. I den forbindelse ble det poengtert at det å være løsningsorientert å ta det ansvaret var viktig for at ting ikke skulle bli `flytende`. Man likte samlet at det var forutsigbarhet i arbeidet. Tendensen var at de med lengre erfaring, poengterte oftere for å ha det forutsigbart når de var på arbeid.

4.1.3 Tillit og tilstedeværelse

Tillit og det å kunne stole på hverandre ble beskrevet som helt grunnleggende for deltakerne. Det ble sagt at det sa mye om holdningene og verdien til arbeidstakere, om man kunne stole på dem eller ikke. Hvordan man merket dette, var vanskelig å sette ord på, da mennesker kan uttrykke tillitt på forskjellige måter. En av sykepleierne forklarte tillit som: å være trygg på at kollegaene var tilstede om det skulle oppstå situasjoner. Trygghet og tillitt var omtalt som ensbetydende. Det var mye hjelp i det å vite at noen var der og jobbet mot samme mål sammen med en selv. Sykepleierne mente at man kunne være med på å enten surne miljøet på jobb, eller holde det oppe, ved å være bevisst hvordan man påvirker miljøet ut ifra sine holdninger. Det ble bemerket at de skulle ønske at alle var klar over hvordan man påvirker hverandre i det daglige, og sykepleierne savnet at de rundt var bevisst på hva man tilførte på arbeidsplassen. En sykepleier uttrykte det slik:

‘At man kan stole på at alle bidrar til å gjøre slik at ‘båten flyter’liksom’.

Det ble lagt stor vekt på om man bidro til en positiv holdning på arbeidsplassen eller ikke. En sykepleier mente at man har forskjellige verdier, og at verdiene kommer til uttrykk på jobb, noe som også pasientene merker. Holdningene kom til uttrykk i hvordan man er på jobb og har det på jobb. Det at man respekterte hverandre, bidro til at det ble en naturlig dialog mellom kollegaene. En sykepleier beskrev det som nesten det viktigste:

«Det har veldig stor betydning det, om du e på jobb lag med folk som har ei positiv holdning eller ikkje. Sånn e det, det e nesten det viktigste av alt.»

Kollegaens tilstedeværelse var uttrykt som å bety mye. Beskrivelsen av tilstedeværelse var varierte. Noen oppsummerte det som at det er ‘det du i dag utstråler på jobb’. En annen sa at tilstedeværelse gikk utpå hvor oppmerksom man var ovenfor hverandre, at man så hverandre. Det ble sagt at folk ikke er så oppmerksom lengre, og at dette gikk utover deres tilstedeværelse. Her ble bruk av mobiltelefon trukket frem som et uromoment når man var på jobb. Og at man ikke føler seg trygg på de som er på telefonen, da man blir usikker på hvor mye de får med seg. Det å ha traumer i forbindelse med jobb ble oppfattet som viktig for tilstedeværelse under situasjoner på arbeid. De som ikke hadde opplevd traumer, var mye mer tilstede, fordi de ikke hadde den samme aktiveringa som den som hadde opplevd traumer.

4.1.4 Arbeidsmoral og fravær

Gjennomgående i intervjuene, kom det opp at stabilitet på sengeposten, var viktig. Forutsigbarhet ble et tema som ble viet stor tid til under intervjuene. Det trengte ikke å gå nevneverdig utover arbeidshverdagen om det ble omrokkeringer, men man likte at det var forutsigbart. Et moment i det å ha det ustabil rundt seg, gjaldt fravær av arbeidskollegaer, og betydningen dette kunne ha for de rundt. Om arbeidshverdagen opplevdes uforutsigbar, gikk dette utover ens egne oppgaver, og kunne handle om at de man visste skulle være der, var der

når de skulle. Deltakerne mente at det ble kjempeuhensiktsmessig over tid å ha det slik at kollegaer ikke dukket opp på jobb. Arbeidsmoral og fravær ble sett på som at de henger sammen. En sykepleier uttalte at kollegaer som ikke har stor ansvarsfølelse ovenfor andre, er også de som `sniker seg unna` når det oppstår urosituasjoner, og som uteblir fra arbeid. Sykepleierne opplevde det som provoserende når kollegaene gav uttrykk for dårlig arbeidsmoral. Og det ble irriterende å vite at man ikke hadde den tryggheten der, fordi kollegaene uteble. Man kunne se et mønster i fraværet og kjenne på at bare det å dukke opp på jobb var viktig for å oppleve stabilitet. I denne sammenhengen ble det trukket frem at fravær var et uromoment, og noe som var vanskelig å si ifra om videre. Resultatet av fraværet var at noen opplevde at de måtte overta oppgaver, uten å helt ha oversikten, samtidig som dette påvirket pasientbehandlingen. En deltaker illustrerte det i sitatet:

«Nei, det e ikkje alle som tenke like mye over det at det faktisk har noen ting å si, at æ ikkje kommer på jobb.. ja, så det e hele tida noen som må steppe inn saint, i teaman. Da blir det kjempeuhensiktsmessig over tid».

Sykepleieren ønsket at det var mer bevissthet rundt dette med eget fravær på en arbeidsplass. Og at det ble en uforutsigbar dag på jobb, om man måtte steppe inn for å gjøre arbeid som en ikke var forberedt på. Dette var beskrevet som et opphav til irritasjon og snakk mellom kollegaer, fordi det var vanskelig å ta opp fravær direkte med noen som var mye borte.

4.2 Kommunikasjon

Temaet kommunikasjon kom opp i alle intervjuene. Betydningen av god kommunikasjon var viktig for deres arbeidsdag, betydningen av å kunne få hjelp, klaging og frustrasjoner og tiltak for dette, samt det å få og gi feedback/tilbakemelding. Disse utgjorde subgruppene: - god kommunikasjon – å spørre om hjelp , - frustrasjoner og tiltak, og – å gi og få tilbakemeldinger.

4.2.1 God kommunikasjon

God kommunikasjon mellom kollegaer var viktig for sykepleierne. Det å være tydelige i kommunikasjonen til hverandre gjorde at alle visste hva man skulle forholde seg til. Dette gjaldt i forhold til arbeidskollegaer, og i forhold til pasientene. Humor var trukket frem som noe som kunne utgjøre en forskjell, og førte til at man mulig holdt ut lengre i jobben. Det å arbeide med mennesker som var i stor nød, gjorde at man ofte stod i alvorlige livshendelser sammen med pasientene. En deltaker poengterte at det var en fin motvekt å kunne spøke og ha en lettere tone sammen med kollegaer. Det gjorde noe med stemninga på jobb om man kommuniserte med humor. Dårlig kommunikasjon kunne gå over til krangling mellom kollegaer istedenfor å holde det faglig, slik som en sykepleier forklarte det:

«Dynamikk ja; at man har liksom god kommunikasjon og at man, man gjør, man får ting gjort uten at man treng å diskutere og i gåseøya (gjør tegn) krangle om det hele tida».

Deltakeren forklarte at det å ha en fin tone sammen var viktig, også når man hadde diskusjoner, fordi man måtte være klar over hvilken rolle man hadde på sengeposten. Det kom frem at det var vanskelig å diskutere med kollegaer om man ikke var enige, da det kunne ende i krangling istedenfor, og dette resulterte i at man ikke fikk gjort noe med hendelser som ofte krevde noe fra sykepleieren der og da.

4.2.2 Å spørre om hjelp

Hjelpsomhet ble en egen subgruppe i studien, da det å spørre om hjelp var noe som ble trukket frem av alle sykepleierne i studien. Samlet var det viktig å gi rom for at andre kunne spørre, og også føle at man kunne stille spørsmål uten å få kritikk. Det å bli tilbudt hjelp, virket på noen å ha like stor betydning som det å få hjelp. En av deltakerne poengterte at forskjellen på om kollegaene spurte om en trengte hjelp kunne utgjøre forskjellen på en helt okei dag, og en veldig slitsom dag. Det ble trukket frem at man ofte fikk innspill fra sine kollegaer, og det ledet til gode diskusjoner mellom kollegaene. Sykepleiere med erfaring opplevde også å få mange spørsmål, og at kollegaene krevde mye av dem. Alle spørsmålene

kunne gjøre at en følte seg sliten. Hjelpsomhet ble beskrevet som å være mye. En sykepleier formidlet:

«At folk tar i et tak, eller hjelpe til skal det være nokka, ja, smått eller stort. Kan du hente det, eller kan du hjelpe til med det der. Det kan være praktisk eller hjelp som.. ja, be om råd hos dem som e mer erfaren.»

Det var viktig at man kunne bruke kollegaene til det hver enkelt var god på, og det ble opplevd som fint å kunne få svar om man lurte på noe i forhold til pasientcaser. En tendens som gikk igjen, var at deltakerne ønsket å kunne lene seg på den erfaringsbaserte kunnskapen som befant seg på sengeposten. Erfaring ble sett på som en trygghet når man skulle samarbeide om pasienter, fordi pasientbehandlingen kunne oppfattes å være individrettet. Det følte trygt for sykepleierne å få innspill fra kollegaer som enten hadde lang erfaring med selve pasienten eller som hadde arbeidet lengre enn en selv. Det å dele på å være pasientkontakt for pasienter var fint, noe en deltaker mente var et tegn på at man blir sett av sine medarbeidere. Når man selv hadde opparbeidet seg erfarings basert kompetanse, ble det sagt at da var man den sykepleieren mange kom å spurte om råd eller meninger fra, og dette kunne etterhvert oppleves slitsom, da man så på kollegaene som lite selvstendige når det kom til å ta avgjørelser.

4.2.3 Frustrasjoner og tiltak

Gjennom intervjuene ble frustrasjoner nevnt som noe som kunne ha betydning for å oppleve arbeidshverdagen som mindre god. Noen uttrykte at å bli møtt med klaging, gjorde at stemningen smittet over på arbeidsgruppa, og var vanskelig å forholde seg til for de fleste deltakerne. En sykepleier kom med et tiltak for å ikke la frustrasjonene gå videre til de som man jobbet med eller pasientene:

«Så ja, det sku ha vært et sånt frustrasjonsforum da. En gang i måneden kanskje. Det hadde kanskje ikkje trengt å hete det da, men forbedrings ... noe sånt. Det kunne kanskje ha vært nyttig. For det e ikkje så lett å finne den plassen trur æ, til å ta opp sånne type ting i en hverdag som e prega av mye anna».

Sykepleiernes arbeid kunne til tider være preget av frustrasjoner, og ikke alltid så mange løsninger på disse. En av grunnene som kommer frem i sitatet ovenfor, er at arbeidet består av mye og man har til dels hektiske arbeidsdager hvor man har mye som skal gjøres. Og da blir frustrasjonene hos de som opplever dem, og man får ikke luftet ut disse med hverandre. Et tiltak var å skape et rom for at dette kunne bli tatt opp. Om frustrasjonene vedvarte, opplevde sykepleierne at det kunne oppstå gnisninger. Dette kom til uttrykk på forskjellig måter, ved at de rundt for eksempel himlet mer med øynene, noe som ble poengtert at dette merker pasientene også. Flere savnet et sted hvor man kunne ha diskutert det på en litt ryddig måte så hadde det kanskje ikke blitt den her 'små ulminga'. Hvis man hadde klart å lage et fora der man kunne snakke om sine frustrasjoner, så mente flere av sykepleierne at stemningen ikke ville ha smittet over på andre. Dette svarte flere når de ble spurt hva kan en selv og andre gjøre. Når noen klaget, så merket deltakerne holdningen til arbeidskollegaene. Dette uttrykte en av sykepleierne slik:

'Ja, det e vel egentlig det, at man merke holdningen til folk i forhold til den.. i forhold til kor mye man har å gjøre eller kor, å ikkje minst kor mye man klaga på det. At man har mye å gjøre, uansett om æ synes vi har det eller ikkje'.

Hen mente at frustrasjonene som kom, handlet ofte om man hadde mye å gjøre eller ikke. Dette var merkbart forskjellig fra person til person, så det virket uhensiktsmessig å bruke tid på å klage på alt man ikke rakk over i løpet av en dag. Her spilte også ledelsen en rolle; om leder klaget på arbeidshverdagen ble dette en del av kulturen på arbeidsplassen. De merket at hvis det var en kultur på arbeidsplassen for det, så ble det større aksept for å klage. Ledelsen hadde mye å si for å sette kulturen på avdelingen, i og med at det var de som var øverste leddet i arbeidsgruppa. I tillegg ble det sagt at arbeidsdagen ofte var uforutsigbar, og at man

ble sliten av klaging rundt dette, fordi forandringer utgjorde så stor del av arbeidshverdagen. En tendens var at å akseptere uforutsigbarhet på arbeidsplassen, spilte også inn på hvor mye man tillot seg å klage. En sykepleier la merke til at man var blitt flinkere til i større grad å lufte frustrasjoner rundt pasienter i personalgruppa, slik at de ble der, og man tok det ikke `videre med seg`. Til syvende og sist merket sykepleierne at klaging gikk utover seg selv, kollegaene og også pasientene. Sykepleierne mente at noe kunne bero på at man tenkte veldig ulikt i tverrfaglige miljø, og at det ville oppstå gnisninger om man hadde forskjellig syn på ting. Noen mente dette var naturlig. En av sykepleierne bemerket at det var bedre å skjerme seg fra miljøet eller kollegaene istedenfor å la frustrasjonene en hadde, gå utover andre.

4.2.4 Å gi og få tilbakemeldinger

En tendens som kom opp var at sykepleierne opplevde at når man var så mange ulike yrkesgrupper som arbeidet sammen, så var det mulig ekstra viktig å ta opp saker før de ble et stort problem. Hvis man kjente på en irritasjon, uten å ta saken opp, virket det som om saken ble unødig blåst opp. Det å få feedback av de rundt var alle enige om at var viktig. Det ble lagt vekt på at det er de som er rundt som kan sette ord på hva den enkelte tilfører, av bra eller dårlig. Det å ha en åpen dialog når noe ble oppfattet som mindre okei, var det mange som satte pris på, og som ble viktig for å bevare et godt arbeidsmiljø. Deltakerne var samlet enig om at det å få tilbakemelding var viktig. Flere mente at man var for dårlig til å gi ros når man så at noen hadde gjort noe bra. Det ble forstått at om man gir tilbakemelding på at noe er bra, så viser man at en ser den hverandre. En mente at det hadde blitt mer hektisk i hverdagen, og at man da ikke hadde fokus på å rose hverandre fordi dette ble glemt i alt det andre man skulle gjøre. Sykepleieren poengterte at hen selv kunne bli bedre på dette, og at det ikke var et problem som utgjorde noen stor forskjell i arbeidshverdagen, men at det var noe hen kom til å bli mer observant til fremover, nå som hen var bevisst på det. En av deltakerne viste til at det er de rundt som kan gjøre en bevisst på egne holdninger:

«Det kan være vanskelig å vite selv, for det er jo de rundt som på en måte, som kan sette ord på hva den enkelte tilfører. Jeg tror det er vanskelig når man ikke får noen feedback på det. Hvis du ikke vet sjøl hvordan du oppfattes så.. da vet du ikke hva du skal forbedre på».

Sykepleieren hadde erfart at det å selv få tilbakemeldinger var nyttig, men at man da kunne gi en positiv og en konstruktiv tilbakemelding for å ikke bryte den andre ned.

Deltakerne kom alle med forklaringer på et opplevd fenomen. Dette gjaldt å ta kritikk som personlig angrep, når kritikken ble gitt i arbeidsøyemed. Det ble forklart av alle at det var viktig at man kunne gi tilbakemelding eller konstruktiv kritikk, uten at dette ble tatt personlig. Samtlige av deltakerne ønsket større takhøyde for at det er greit med uenigheter på arbeid. Det virket vanskelig for deltakerne å komme med ytterligere tiltak i dette, enn at man måtte alle være bevisst på at det å få kritikk var noe som hørte med i arbeidshverdagen. En sykepleier forklarte:

«Et godt arbeidsmiljø er et miljø hvor man kan si i fra om man opplever at noe er feil, uten at man blir ´en stor, stygg ulv´ av den grunnen».

Det å kunne si ifra uten å bli sett på som negativ, virket ensbetydende med det å ha et godt arbeidsmiljø for deltakeren. Deltakerne mente at man må kunne lage rammer for at det er mulighet å gi både kritikk og god tilbakemelding. Slik at vedkommende som får konstruktiv kritikk ikke føler seg overhøvet, eller angrepet. En av sykepleierne delte at det var utfordrende å si ifra nettopp fordi man ikke klarte å gi tilbakemelding uten å gå til angrep. Så samlet virket det som om det var vanskelig å ikke gå til angrep når man skulle overlevere konstruktiv kritikk, og man ønsket å ha rom for å overlevere konstruktiv kritikk. Flere la vekt på at å ha mer takhøyde for å ta imot tilbakemeldinger, var med på å heve arbeidsmiljøet til det bedre.

4.3. Muligheten til å utvikle seg

Det var viktig for deltakerne at de hadde mulighet til å utvikle seg i yrket sitt. Dette ble beskrevet som flere ting, der erfaring også ble et viktig moment. Subgruppene for denne kategorien er: - Erfaring og ens betydning, - Veiledning, - Videreutdanning

4.3.1 Erfaring og ens betydning

Deltakerne forklarte på ulike vis at erfaring har noe å si når man arbeider med mennesker. Svarene varierte med hvor lang arbeidserfaring hver sykepleier hadde. Arbeidserfaringen hos sykepleierne varierte fra to år til femten år. Dermed velger jeg å differensiere mellom erfarne sykepleiere, og mindre erfarne i denne sammenfatningen. Erfarne sykepleiere la merke til at jo lengre de var i jobben, jo mer følte de at de så. Og dermed også tok del i det som skjedde i avdelingen. Det ble lagt vekt på at man tenkte det kom av den erfaringsbaserte kunnskapen. Det ble sagt at om det var mange nye, så måtte man være med på å holde det faglige nivået på avdelingen, oppe. Sykepleiere som hadde arbeidet kortere tid, ga uttrykk for at arbeidshverdagen fløyt greit, og på grunn av at man hadde mindre erfaring, ikke trengte at ting var så forutsigbart som de mente de med mer erfaring likte. Det var også viktig for de med mindre arbeidserfaring å ikke stagnere, og dermed ha passe nok utfordringer, slik at man søkte ny kunnskap. Dette ble uttrykt slik:

«Det e viktig for mæ å ha (pause) .. passe nok utfordringe, sånn at æ kjenne at æ har en, en utvikling også som sykepleier. No e æ jo såpass nyutdanna så æ e kanskje litt ekstra opptatt av det at æ ikkje stangnere, men at æ kjenne at æ.. At æ kan bygge på».

Noen reflekterte rundt en tid hvor man plutselig var den som hadde arbeidet lengst på en avdeling. Og at det å stå med mange nye uten erfaring, ikke føltes greit når man var på jobb. Erfarne sykepleiere reflekterte at de til å begynne med likte det uforutsigbare veldig godt, men man nå skulle ønske det var stabilt i arbeidshverdagen.

4.3.2 Veiledning

Veiledning ble viktige for alle sykepleierne, dette ble fremhevet som det viktigste for å kunne videreutvikle seg som sykepleier. Deltakerne gav betraktninger om veiledning som en god arena for å få faglig input, samt en ressurs for å heve takhøyden. Det var konsensus at det var en veldig okei arena å snakke sammen på. Veiledningen varierte fra å være kollegaveiledning og til å være ledet av eksterne veiledere. Poenget med veiledningen er å luften ut egne tanker og reaksjoner, og skulle være så ferskt som mulig. En sykepleier sa:

«Så en time i uka til veiledning har vært et godt tiltak. Det har unngått ganske mye sykemeldinger og tror jeg».

Sitatet gjenspeiler at veiledning ble sett på som en ressurs på avdelingen, og at tiltaket hadde vært fint for å ha en arena å ta opp det man tenkte mest på, her og nå. Det ble løftet frem som en fin plass å gi og få innspill på, samtidig som man reflekterte sammen. Det å drive med veiledning hadde noen erfaring med, og dette ble betegnet som verdifullt. Under veiledning kunne ingen si at dette `tar vi en annen plass`, noe som gjorde at kollegaer og ledere lyttet mer til hverandre. Studiens resultater viste at hadde man veiledning som var rettet mot tema, ble ikke deltakerne like aktive eller reflekterende som de ville ha vært om de fikk veiledning på en praksissituasjon. Deltakerne vektla at det kunne være vanskelig å se i her og nå – perspektivet ved at man ikke har tid nok til å tenke over hvilke handlinger og atferdsvalg som tas i bruk i den sammenhengen. Man trengte noen gang å høre noen andre sette ord på ting for å skjønne selv hva som skjedde. Det var ofte verdifullt å ha med en case som man kunne ta opp, og de fleste mente at det var et stort pluss at veilederen var ekstern. Noen hadde erfaring med satte tema for veiledning, og da kunne det være at man satt inne med et ønske om å bli veiledet på en bestemt situasjon. Det blir sagt at det er veldig lærerikt med veiledningsgrupper, og særlig når veileder var ekstern, og man hadde veiledning på pasientcase. Da fikk man ofte hørt erfaringene til sine kollegaer, og man fikk noe konkret å gå etter om man skulle komme i en sånn situasjon igjen.

4.3.3 Videreutdanning

Flere av deltakerne hadde tatt utdanning og kurs via sine avdelinger, noe som ble betegnet som fantastisk å få mulighet til. Det ble poengtert at man kan bli litt lukket på hver avdeling, og det å få en plass å diskutere faget og tenke nytt har tilført sykepleierne masse. Man snakket ofte om pasientcaser og diskuterte mye, men det var mange som mente at det kunne bli lite diskusjoner rundt det faglige. Men i etterkant av kurs så kan man være mer åpen, og dette var et viktig moment. Det var sagt at man måtte ha et samlet fokus for å få til målrettet arbeid, noe som kursene man fikk via arbeid, ga en pekepinn på. For noen av sykepleierne gikk

faglighet utpå å ha de faglige diskusjonene. Å ha passe nok utfordringer ble tatt opp som motiverende for å jobbe videre. En periode med få møtepunkt på arbeid, gjorde at en sykepleier følte hen fikk for lite utfordring. Dette bedret seg når hen uttrykte at hen ønsket mer utfordring. Det kunne bli mange ekstravakter og vikarer i perioder hvor sengepostene hadde vanskeligheter med arbeidsfordeling og rekruttering, og da ble det sagt at om man er den eneste med faglig kompetanse, så får man ikke tid til å gjøre så mye utenfor avdeling. Under dette temaet fant man også at kjønnsfordelingen mellom kvinner og menn ikke alltid var så lett å få til, og der har man kunne ha valgt å ta inn ufaglærte menn istedenfor kvinner med fag, da avdelingen på dette tidspunktet krevde det. Det ble poengtert at det var konsensus at det skulle gjøres slik. Sykepleierne som var i rusfeltet poengterte at faget rus forandrer seg og man får andre utfordringer enn tidligere. Faglighet kunne også uttrykkes i det daglige:

«Og ta litt sånn faglige diskusjona. Det e jo ganske viktig.»

Sitatet kom etter en forklaring på samspillet mellom kollegaer på arbeid. Om man diskuterte på avdelingen, så kunne man oppleve at faget sykepleie eller psykisk helse, ikke var det man endte opp med å snakke om. Men at de gangene man gjorde det, så var det viktig.

4.4 Samhandling

Det å samhandle utgjorde en stor del av det daglige arbeidet for sykepleierne. Følgende kategori deles i de sykepleierne samhandler med: - Pasientene, hverandre og andre instanser

4.4.1 Samhandling med pasientene

Pasientarbeidet ble løftet frem som noe av det sykepleierne trivdes godt med, også av de som var i andre roller enn sine kollegaer. De opplevde at det var mye å holde styr på, men at de synes det var fint. Det å være sammen med pasientene opplevdes som betydningsfullt, og man kunne få en god relasjon med de ved at man delte opplevelser sammen, slik som turer eller fotballkamper. Trygghet var noe som også ble et viktig moment i samhandlingen med

pasientene. Det var et hjertelig gjensyn om man hadde pasienter som kom inn som hadde vært på avdelingen tidligere. Og det opplevdes trygt å ha pasienter som sykepleierne kjente fra før eller over tid, på sengeposten. Det var trygt og godt for pasientene, men også for alle på arbeid at man hadde det stabilt. Det at man fikk pasienter tilbake i avdelingen ble sett på som forutsigbart og fint fordi man da visste hva som kom, og hva man hadde å forholde seg til.

Pasientgruppe ble nevnt som et moment i arbeidet med pasienter. Det kunne være forskjell på å lede gruppe om pasientene var slike som hadde god kontakt med hverandre og vant til å snakke mye, kontra å lede en gruppe som var tilbakeholden og ikke deltok. Sykepleierne mente at det var forskjell på å arbeide innen psykisk helse kontra somatisk helse, da man sjelden opplevde at pasientene takket for behandlingen man fikk. Dette kunne også bero på flere aspekter, men det å komme inn på en avdeling med store pasientutskiftninger, kontra det å arbeide mer langsgåent, ble et viktig poeng. Det opplevdes utfordrende å arbeide med pasienter som man ville mye på vegne av. En sykepleier beskrev det slik:

‘Æ kan bli litt sånn: står i stampe i korsen skal æ, ka skal æ gjøre? Kor mye skal æ presse, og kor mye skal æ liksom avvente. Ja, den balansegangen synes æ va vanskelig. Og da følte æ mæ aleina i det teamet’.

Sykepleierne mente at man måtte akseptere at man ikke fikk til i noen caser, selv om man vil mye på vegne av pasienten. Å arbeide med noen som er innlagt på sengeposten fordi at de ønsker endring, og er motivert for behandling, virket å være en noe mer takknemlig jobb enn hos de som arbeidet med pasienter underlagt tvang. Det var sykepleiere som mente at det var mer å passe på nå enn for noen år siden, for eksempel i forhold til å håndtere rus. I TSB merket sykepleierne seg at man var usikker på om pasientene som kom inn hadde primært et rusproblem, eller om de var i behov av behandling for en depresjon, da ruslidelse og den psykiske lidelsen var så kompleks og berørte pasienten samtidig. Man satt med en følelse av at pasienten skulle ha vært et annet sted, og sykepleierne kunne føle en slags maktesløshet på grunn av dette.

Det ble et tydelig skille mellom det å arbeide med pasienter som var innlagt på sengeposten frivillig eller under tvang. På den ene siden, der sykepleieren arbeidet med frivillig innlagte,

ble det sagt at å arbeide med mennesker som ønsket å endre seg, var en fin måte å arbeide på, fordi samarbeid lå som en forutsetning. På den andre siden mente en sykepleier som arbeidet med tvangsinnlagte at det var vanskelig å oppleve `mirakeløyeblikk` som mange med helsefaglig bakgrunn ønsker å oppnå, når de som var innlagte ikke ønsket behandling. Dette ble det store kontraster på. Deltakerne opplevde det som fint å arbeide med mennesker som var innlagt fordi de selv ønsket det. Da var samarbeid en forutsetning, fordi de er kommet dit i livet at de vil ha hjelp. En sykepleier uttrykte at bevisstheten om at en trengte hjelp, var en god forutsetning for å få til noe. Og at det er en helt annen måte enn å arbeide med de som er innlagte mot sin vilje. Det å være innlagt mot egen vilje, bydde på ekstra utfordringer.

Det med relasjoner og skape endring hos noen som ikke har lyst, oppleves som seigere enn man skulle tro. Å arbeide med psykosepasienter ble oppfattet som utfordrende fordi de måtte passes godt på, og da var det vanskelig å få til rehabilitering. Sykepleiere synes det var utfordrende å arbeide med pasienter med forskjellige funksjonsnivå og opplevde at pasientgruppene på sengepostene var mer sammensatte når det kom til diagnoser. Da krevde det mer kompetanse hos de som jobber med pasientene. En av deltakerne forklarte hvordan det var å arbeide som sykepleier for pasienter som var underlagt tvang:

«De som er her som ikke ønsker noen endring, også er jo vi helsefolk som vil.... Vil gi dem en normal hverdag, få dem til å se lyset, det her mirakeløyeblikka som vi aldri får da, vi får aldri den tilfredsstillelsen om at ting går bedre. Også får man da.. får man liksom fortalt rett ut at vi gjør det vi er satt til å gjøre her».

Sitatet gjenspeilet at arbeidet var utfordrende i det at man ønsket endring på vegne av pasientene, men at dette ikke alltid kom. Da var det fint for sykepleieren å få støtte på at man gjorde det kan man kunne for pasientene. Mye av arbeidet som deltakerne beskrev, handlet om å holde drifta i gang. Det ble uttrykt som om det var veldig mye forskjellige oppgaver når man arbeider innen psykisk helse og rus. Som å sørge for at pasientene får sine måltid, sine medisiner, samt å holde orden på kjøkken og medisinrom. Det ble sagt at det var mye møtevirksomhet og mye administrative oppgaver som spiste av tiden man kunne ha brukt på pasientene. Alle sykepleierne hadde også tatt på seg ulike verv for avdelingen. Noen uttrykte at mentaliteten på sengepostene var slik at en hjalp til om det kom noen tilleggsoppgaver som

måtte håndteres. Man skulle også holde generelt orden i avdelingen, som ble sagt å være oppgaver som man kanskje ikke ser så tydelig. Alle mente at man hadde oppgaver som opptok dagen deres som ikke omhandlet pasienter. En sykepleier sa:

«Så hadde man blåst dette opp i sånne bobler da, så vet jeg ikke om den pasientbobla ville ha tatt så stor plass».

Det å arbeide på en sengepost var forventet å omhandle mer pasientarbeid enn hen opplevde i arbeidshverdagen sin etter å ha arbeidet en stund.

4.4.2 Samhandling med hverandre (kollega- til- kollega)

Tverrfaglighet kom opp i alle intervjuene, der det ble sett på som positivt at man arbeidet i tverrfaglige miljø. Man kunne dog forstå hvorfor man ble uenige på vakt, fordi man har ganske ulik bakgrunn og syn på ting. Det ble nevnt at sykepleiere tenker ulikt enn vernepleiere og ergoterapeuter. Flere mente at det merkes å være alene med bachelorutdanning, og at man har et godt samarbeid når man er sammen på jobb. Deltakerne bemerket at de måtte ta mer ansvar for de pasientene som var fysisk syke, fordi at man er sykepleier, og det ble sett på som sykepleiernes særegne fagfelt. En sykepleier mente at det var for få av andre faggrupper, da det var mye møtevirksomhet og koordinering. Og i den forbindelse så at sosionomer kunne med fordel være bedre representert på arbeidsplassen. Deltakerne mente at man utfylte hverandre på en god måte, som ble forklart slik:

«Selv om man er ulike faggrupper, så fungerer det fint, der det potensielt kunne ha kræsjet mer».

Det virket som om tverrfagligheten jevnt over ble sett på som en positiv utfordring, der man heller ble overrasket over at kollegagruppe fungerte så godt i lag, på tross av at man hadde

ulik yrkesbakgrunn. Det ble tatt opp at man arbeidet mot det samme målet, og det opplevdes som om pasientarbeidet var det som var i fokus, uansett om man hadde ulikt syn på det både arbeidet og pasientbehandling.

4.4.3 Samhandling med andre instanser

Samarbeid mellom andre instanser ble oppfattet som utfordrende å få til. Samtidig syntes de fleste sykepleierne at samhandlingen var viktig, ikke minst for pasientene. En sykepleier likte ikke koordineringsbiten som samarbeidet førte med seg, da det opplevdes som tidkrevende. Det ble beskrevet som `en hel sulamitt` å få i orden med alle instanser som skulle involveres fra førstelinjetjenesten. Deltakerne synes det var blitt mer å gjøre generelt de senere år, og at dette gikk ikke på det man utførte med pasientene, men dette gikk på møtevirksomhet, ofte hvor flere instanser skulle møtes. Man opplevde at man måtte ha fokus på nettverksarbeid for å få det bedre til, og noen sykepleiere synes det var for lite samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten. Det opplevdes som viktig ovenfor pasienten at man var samkjørte, det ble poengtert at det som skjedde på sykehus bare var *et spytt i havet*, og man var avhengig av å samarbeide med de der ute, fordi livet til pasientene var utenfor sykehus.

Samarbeid med andre instanser opplevdes også som mer krevende nå enn tidligere da innleggelser ofte var basert på pasientenes premisser. Og at det fra pasientens side, ikke var ønskelig. Sykepleiere sa at det var fint å arbeide med de som ønsket hjelp, fordi da lå samarbeid som en forutsetning for alle. Likevel kunne det være utfordrende å samle alle som var rundt pasienten, spesielt om dette skulle gjøres regionalt. Hen forklarte det slik:

Det blir veldig oppstykket behandling når man egentlig skal tenke hele mennesket, altså noe som er forutsigbart for folk, om man ikke får til et samarbeid.

4.5 Organisatoriske forhold

Kategorier under organisatoriske arbeidsforhold: - Turnus, - Ansvarsvakter, - Ledelsesrollen –
Organisatoriske endringer

4.5.1 Turnus

Turnus spilte en vesentlig rolle for trivselen hos deltakerne. De hadde erfaring med at en god turnus spilte en viktig rolle for deres trivsel på sengeposten. Mye av arbeidet som skjer på en sengepost, skjer på dagtid. Noen opplevde at det kunne være viktig at de som jobber som behandlere får jobbe mest mulig dagvakter. Det ble begrunnet med at om man hadde få dagvakter på en uke, lå det ofte masse arbeid som man måtte få gjort når man kom tilbake. Sykepleieren mente at om man la opp turnusen på en annen måte for de som var behandlere, ville man ha fått mer gjort. Sein og helgevakter kom opp som eget punkt. En sykepleier sa:

«Turnus kan spille en rolle, men det kommer litt an på om man er fornøyd med den turnusen man får, og hvor flink de er til å tilrettelegge».

Dette sitatet kunne være gjeldene for flere av deltakerne, da turnus ble sett i sterk sammenheng med medvirkning på arbeidsplassen. Det å få lov til å medvirke til planlegging og tilrettelegging av egen turnus ble sett på som et viktig moment i deres arbeidsliv. Sykepleierne gjorde forskjell på dagvaktene og de resterende vaktene de gikk. De mente at på sein – og helgevaktene har man kun tid til pasientene. Sykepleiere sa at de stort sett var godt bemannet på arbeid, men at det var slitsomt å arbeide turnus, og ofte stod man alene om faglige vurderinger. Dette gjaldt arbeid i helgene og på seinvakter/nattevakter. Turnus burde være nøye planlagt, i form av stabilitet i de forskjellige teamene, at man har noen trygge i lag med seg på jobb, og med tanke på den faglige kompetansen. En sykepleier sa:

«Æ tenke at det e mange tiltak man kan gjøre for å skape et sånt grunnlag for at det her blir sånn (forutsigbart), nummer en tenke æ e planlegging av turnus. Det e nokka med å skjønne viktigheta av det, og at de tingane e i orden, det e hele grunnstrukturen for våres

arbeidshverdag. Sykepleieran på avdelinga sin arbeidshverdag, det har utrulig mye å si at sånne ting e i orden».

For denne sykepleieren hadde planleggingen av vaktene stor betydning, for eksempel om man hadde vært nøye i gjennomføringen med tanke på egnet personal på arbeid. Erfarne sykepleiere snakket om at å arbeide turnus ble tyngre og tyngre, og at man lyst på helgene fri. Det var viktig å få medvirke til kalenderplanen, og sykepleierne opplevde at de ble hørt på sine innspill når det kom til kalenderplan og sammensettingen av den. Samlet sett var de fornøyde med sin vaktplan, og følte at de ble inkludert. Noen hadde tidligere erfaring med det motsatte, og hadde reflektert rundt betydningen av turnus i etterkant. Det var greit å bli flyttet på, men sykepleierne ville at de som lagde turnus, snakket med dem om det før det ble gjort. Grunnlaget for at det skulle bli stabilt, var planleggingen av turnus. Mange merket seg at å arbeide mye sein/dag/sein/dag var ugunstig og uheldig i lengden.

4.5.2 Endringer

Den største endringen sykepleierne på sengepostene hadde merket seg, var pasientsammensetningen, og at pasientgruppen de hadde inne på sengepost hadde endret seg. Ved utforskning av dette, kom det frem at pasientene alltid hadde eksistert, men tidligere var strafferettslig utilregnelige, eller tilhørte andre avdelinger. Pasienten var nå innlagte på sengepostene med flere forskjellige grupper mennesker som utfall av dette. En som arbeidet med denne pasientgruppen sa:

«Så nå moses liksom alt ihop, så funksjonsnivået til pasientgruppa er jo ganske forskjellig, som krever mye forskjellig. Sånn, det er jo ikke noe unormalt sånn sett, men det merka man»

Dette ga hen mer utfordring i arbeidet, da man ikke lengre kunne gå ut ifra at pasientene var i behov av det samme. Og man følte at det krevde litt annen kompetanse, fordi det nå var en pasientgruppe som måtte passes bedre på, i form av at de hadde alvorligere lidelser, som psykose – og rusproblematikk. Det var også vanskeligere å regulere flyten av rusmidler på post på bakgrunn av dette. Selv om man hadde det stabilt på arbeid, i form av at man fikk gjort det man skulle, så kjente noen på det at arbeidet hadde vært mer belastende ved at

lovverket rundt pasientene hadde endret seg. Det var mye nytt å sette seg inn i, og det var vanskelig å holde seg strukturert når man var på jobb. Noen arbeidsoppgaver var der, som alltid hadde vært der, men pasientgruppen endret seg, og det ble trukket frem at det ble vanskelig å holde rus unna avdelingen. Noen mente at man hadde mer å rekke over, og det var merkbart flere oppgaver enn tidligere. En deltaker med lang erfaring sa:

‘Ja, det er mer å gjøre, mye mer å rekke over, mer møtevirksomhet og springing i gangene’.

Hen henviste til at det virket som om det var mer som skulle dokumenteres og mye nytt som skulle læres, på grunn av at sengeposten var i en endring. Og dermed virket det travlere enn før. Sykepleierne som arbeidet innen TSB bemerket at det var litt travlere enn tidligere, fordi det var mye omrokking, og det ble vanskelig å holde seg strukturert. Og det virket som om det var mer å ta ansvar for, når man arbeidet med pasienter. Pasientene deres var blitt sykere enn før, og problemene de kom med, var slik at man måtte ta mer del i de enn man før hadde opplevd. Det var avdelinger som hadde hektiske og travle program, og det var ikke lett å rekke over alt. Det ble nevnt at det var mer møtevirksomhet og flere ting som skulle registreres. Noen følte seg privilegerte sammenlignet med andre poster på det at man sjeldent kjente på at man ikke fikk gjort nok i løpet av en dag. Pakkeforløpene ble nevnt som et ledd i at organisasjonen var i endring, og at det ville bli spennende å se om arbeidshverdagen ville endre seg når dette kom ordentlig i gang.

4.5.3 Ansvarsvakter

Ansvarsvakter var implementert på alle sengepostene, og ble sett på som viktig at noen hadde det overordnet ansvaret for hvordan arbeidsdagen ble organisert. Det var ikke en fast koordinator eller ansvarsvakt på sengepostene, dette rullerte de ansatte på. Til tider hadde de selv mange ansvarsvakter. Ofte om man hadde hatt seinvakt før dagvakt, så hadde man ansvarsvakt eller koordineringsvakt dagen etter. Sykepleierne snakket her om hvor viktig kommunikasjon fra ansvarsvakt eller koordinator var, man tok det for gitt at koordinator hadde kontroll og var tilstede i sengeposten, og samtidig hadde alle som var på vakt et eget ansvar for å formidle til ansvarsvakta om det var noe de hadde avtalt eller ønsket for vakta.

Det hadde blitt tematisert at det var viktig at man kommuniserte tydelig med vaktlaget som var på. En sykepleier sa:

«Det har jo vært tematisert i det siste, for det har vært noen ansvarsvakter, eller noen vakter der ansvarsvakta kanskje ikke har kommunisert så tydelig, og det er et viktig stikkord (kommunikasjon)».

Hen refererte til at på enkelte vakter, så kunne selvsagte ting, som at ansvarsvakta alltid skal være i avdelingen, bli glemt. Dette ble igjen vanskelig for de som var igjen på avdelingen å forholde seg til, da det ble sett på som brudd i rutine på sengeposten. Flere refererte til at det ble uoversiktlig og kaos om koordinator ikke hadde kontroll, og da måtte noen overta ansvaret som ikke var tilegnet det. Det ble nevnt at man skulle være på avdelingen til enhver tid, men at man på noen vakter opplevde at ansvarsvakta plutselig var borte fra avdelingen. Det ble sagt at det var viktig at det ble formidlet om man ble borte fra avdelingen, samtidig ble det nevnt at dette skulle være helt selvsagte ting, men at det kunne bli glemt, noe som ble veldig lagt merke til. Hvis koordinator ikke hadde kontroll, ble det usikkert for alle på avdelingen.

4.5.4 Ledelse

Overordnet for deltakernes arbeid, var ledelse beskrevet som `alfa omega`. Om ledelsen var på plass, så falt det andre seg naturlig. Det å være bevisst hvilken påvirkning en som leder har på arbeidsmiljøet, ble trukket frem som viktig. En fin kvalitet var om lederen var lydhør, og lyttet til sykepleierne, samtidig ble det poengtert at det var viktig å `lande saker`. Noe som kunne kræsje om man var for opptatt av at alle skulle bli hørt, og ikke gjorde noe med de sakene som personalet synes var viktig. Samtidig var det viktig å ha et rom for å kunne ta opp ting med leder, og vanskelig å forholde seg til om ledelsen ikke tok ansvaret for de upopulære sakene. Sykepleierne skulle ønske at noen sa: `Jeg tar det`, istedenfor at de samme sakene kom opp til stadighet, uten å endre seg. Det at leder viste mye tillitt, slik at man fikk brukt seg selv, ble satt pris på. Samtidig så man fallgruven i det om personalet ikke helt visste hva de skulle gjøre. Det ble lagt vekt på at ledelse kunne utnytte styrkene til hver enkelt arbeidstaker

på en bedre måte. Det å være demokratisk, var ikke alltid positivt, om man ikke fikk brukt seg selv eller ikke kom noen vei med personalsaker. Man skulle ønske at leder `skjærte mer igjennom`, også i de upopulære sakene. Som i sykefravær, som ble påpekt som ledernes ansvar. Det å være lydhør for hva arbeidstakerne sa, var viktig, slik at arbeidstakerne følte at de bidro inn til arbeidet på sengeposten. Deltakerne var opptatt av at man hadde en god tone med leder, og en som ikke nevnte ledelse så mye under intervjuet, påpekte at de også var ens kollegaer, noe som var ensbetydende for sykepleieren. En sykepleier beskrev leder slik:

«Jeg er veldig supporter av filosofien som vår leder har, og det. Hen gir oss mye tillitt. Hen lar oss bestemme mye selv. Og forventer at teamene da gjør det som skal bli gjort, uten at hen legger seg for mye bort i det. Og det skaper jo rom for at en får brukt seg selv veldig. Også er jo fallgruva her, hvis du ikke helt vet da hva du skal gjøre. Det er på en måte et stort pluss hvis man ser plussen, og ditto, et stort minus hvis du ikke klarer å se at .. eller ønsker større struktur da».

Denne tendensen var gjennomgående for flere av deltakerne. Det å ha en leder som så individet, var gjennomgående på sengepostene. Men de kunne samtidig se baksiden med å være for opptatt av at alle skulle bli hørt. Og da kunne bakdelen gå ut på at de upopulære sakene, eller frustrasjonene som en hadde involvert ledelsen i, ikke ble tatt alvorlig nok.

5 Diskusjon

I diskusjonsdelen vil resultatene presenteres sammen med teori, og tidligere forskning.

Hovedkategoriene utgjorde: Mellommenneskelige arbeidsforhold, Kommunikasjon, Muligheter å utvikle seg, Samhandling og Organisatoriske arbeidsforhold. Hovedtrekkene fra hver kategori, vil bli sammenfattet nedenfor.

5.1 Mellommenneskelige arbeidsforhold

Det mellommenneskelige aspektet i arbeidshverdagen var viktig for ens relasjon med kollegaene, og hvilken rolle en selv hadde i relasjonen. Det å ha et godt arbeidsmiljø ble eksempelvis, sett i sammenheng med å ha gode relasjoner til de man arbeidet med. Studien viste at tillitsbasert kollegastøtte var sett på som viktig for trivsel i det daglige arbeidet. Det tolkes som at tillitt var grunnleggende, og en forventning om at tillitten man gav fra seg, ble respektert. En tendens var at det ble forventet å ha en gjensidig tillit til hverandre. Ubalanse i tillitsforholdet, skapte utrygghet i arbeidsrelasjonen. Deltakerne satte stor pris på det ansvaret de var gitt i rollen sin på sengeposten. De uttrykte en stor ansvarsfølelse i sitt arbeid, og kollegaer som ikke opptrådte ansvarsfullt, skapte en følelse av mistillit.

5.1.1 Kollegastøtte

I arbeidsmiljøloven (2002) blir det mellommenneskelige definert som det psykososiale arbeidsmiljøet, selv om det er vanlig å bruke begrepet psykososialt i forbindelse med både det mellommenneskelige og det organisatoriske arbeidsmiljøet. Denne studien viser at man satt det psykososiale opp mot det kollegiale samholdet man hadde på arbeid, da kollegastøtte ble ansett som den viktigste formen for trivsel. Nornes (2014) kategoriserte kollegastøtte som: et tillitsforhold, en hjelperelasjon, en kultur og som læring og ressursutvikling. Resultatet av denne studien viste at det var spesielt tillitsforholdet og hjelperelasjonen, som sykepleierne opplevde som viktigst for kollegastøtte. Kulturen var sett mer i sammenheng med ledelsen, og sykepleierne la stor vekt på egeninnsats, og vilje fra sengepostens ledelse når det kom til å videreutvikle seg.

5.1.1.1 Kollegastøtte som tillitsforhold

Tillit fremgår på mange måter. Tillitt viste seg å være en viktig forutsetning i arbeidsrelasjonen. Løgstrup (2000) beskriver tillitt som en livsytring, og hevder at mennesker har en iboende tillit til den andre. Fordring og livsytringene er, ifølge Løgstrup, uløselig knyttet sammen. Studien viste at tillit mellom mennesker som arbeider med sårbare grupper var særlig betydningsfull. Ifølge Grimen (2008a) er det en forståelse av at enhver profesjon innen omsorgsyket har tillit som grunnfenomen. Grimens profesjonsetikk forklarer at et yrke som omhandler mennesker, setter opp en moralsk standard for atferd ovenfor den andre, som også vil bli gjenspeilet i villkårene for samarbeidet mellom yrkesutøvere. Dette kan forstås slik at man skal stole på at kollegaer i et omsorgsyke skal kunne yte god omsorg, og at den tilliten man som ligger til grunn i pasientbehandling, skal også gjelde i forholdet til sine kollegaer. Det kom til punkt i relasjonen mellom kollegaene, at man ikke lengre følte seg trygge på at den andre opptrådte på en måte som var forventet på arbeidsplassen. I følge Løgstrup (2000) vil hvor tillitsfull man er, bero på hvilken tidligere erfaring man har med mennesker. I et arbeidsforhold, har man vanligvis en forbeholden tillit til hverandre, noe Løgstrup refererer til som sjelelig bluferdighet. Bluferdighet dreier seg her om å ikke blotte seg for den andre. Bluferdighet melder seg når man er på vei å gå over egne og andres grenser (Martinsen, 2012). Tolkningene i studien er at en tilegner seg tillitt gjennom sine handlinger. Løgstrup (2000) mener at en personlig forventning som forlanger at den andre oppfyller den, er yttet gjennom holdning og atferd. Ytringer mellom mennesker skjer under forutsetning at den andre oppfyller ens forventninger. Den kan også komme på bakgrunn av at man vil den andre skal bli oppmerksom på sine forventninger. Løgstrups beskrivelser av forventninger av tillitt, virker å være gjeldene for resultatet i denne studien, hvor det viser seg at man forventer like mye av andre, som hos en selv.

5.1.1.2 Kollegastøtte som hjelperelasjon

I studien fremkom det at å kunne spørre om hjelp, eller få hjelp var sentralt i det å vite at kollegaen var tilstede for en. Tendensen i studien var at det nesten var viktigere å bli tilbudt hjelp enn det å få hjelp. I tillegg til at hjelpen ble satt pris på i arbeidsrelasjonen, så fremkom det at det var forventet at kollegaene gav hjelp, og om dette uteble, så utgjorde det en stor forskjell. Et viktig funn var at kollegaene gav rom for å spørre om hjelp. Det viste seg også at

det var opp til hver enkelt å bidra til en høflig tone på jobb, og at høflighet var noe som man satte pris på i arbeidsrelasjonen. Selv om begrepet tilstedeværelse var vanskelig å definere, viste resultatene at det å være tilstedeværende var viktig. Det viste seg at det ikke alltid var samsvar mellom det kollegaene utstrålte på jobb, og det man forventet en skulle utstråle i samværet med pasientene.

Ifølge Nordnes (2014) så kan selve kollegasamarbeidet sees på som en hjelperelasjon. Hjelperelasjonen sees på som grunnlaget for alle former for organisasjoner. Dette samsvarer med funnene i dette studiet, da man opplevde at man forventet å få hjelp eller bli tilbudt hjelp når man var på arbeid. Tolkninger gjort av resultatene, viser at grunnlaget for arbeidsforholdet, berodde på om man ble tilbudt hjelp. Melhus (2018) poengterer at høflighet på arbeidsplassen kan høres ut som en selvfølge. Det å være imøtekommende kan imidlertid ofte bli oversett, men det skal små og enkle grep til, som kan øke trivselen betraktelig. En studie i Canada viste at enkel høflighetstrening gav en nedgang på sykefraværet med 38 %. Der ble det lagt vekt på hva man i praksis gjorde som var det viktige. I denne studien ble høflighet forbundet med å utføre `småting`, som å hente kollegaen en kaffekopp. Melhus (2018) mener at der uhøflighet skjer på en arbeidsplass, så mangler det mest sannsynlig klare retningslinjer for hva som er akseptabel og uakseptabel oppførsel i organisasjonen. Resultatet viste at om man ikke var bevisst hvordan man ble oppfattet på jobb, så ble dette utfordrende for de som var rundt. Dette kan tolkes til at den personlige kompetansen, og betydningen denne har, er undervurdert i et yrke innen psykisk helse og TSB. Ifølge Skau (2015) er personlig kompetanse og betydningen av denne er særlig viktig i yrker hvor møtet mellom mennesker er sentral. Hun vektlegger at oppstår det et misforhold mellom betydningen av personlig kompetanse og utviklingen av denne, så kan man få et problem. Det å ikke være bevisst på at den personlige kompetansen måtte stadig utvikles, kunne være utfordrende for deltakerne. Personlig kompetanse handler om den vi er som person, og dette vil uttrykke seg i samspillet med andre (Skau, 2015). Utvikling av den personlige kompetansen, burde være viktig for den enkelte arbeider, men må også være samlet viktig på arbeidsplassen. Det er ikke nok med å være høflig og raus, men det er hvordan man i praksis gjør, og hvordan man behandler hverandre som utgjør en forskjell. Tolkningene gjort av resultatene, viste at deltakerne var opptatte av å videreutvikle seg. Videre at de var bevisste at deres personlige kompetanse, kom til uttrykk på sengeposten. Det som kom frem i studien var en opplevelse av at kollegaene ikke alltid var bevisst betydningen den personlige kompetansen hadde på

sengeposten. For Skau (2015) er tilstedeværelse i relasjonen er den egentlige nærrende kvalitet vi kan gi et samvær. Dette betyr at vi må la oss berøre som personer, og at vi må tørre å bruke oss selv som mennesker for å berøre andre. For å tørre å være seg selv i et arbeid med andre, krever at en er bevisst seg selv og sin utstråling. Dette samsvarer med resultatene i denne studien, hvor deltakerne la mye av vekt på hvor bevisst man var sin egen rolle når man arbeidet med sårbare mennesker.

5.1.2 Sammenhengen mellom ansvarsfølelse og arbeidsmoral

Funnene representerte at det å få en del ansvar i arbeidshverdagen, gjorde at man opplevde arbeidet som meningsfullt. Sykepleierne følte mye ansvar knyttet til arbeidet. Ansvarsfølelsen gikk på ansvar for pasientene, for kvalitetene på arbeidet og et ansvar for å opprettholde kompetansen og å ivareta et godt arbeidsmiljø på sengeposten. For eksempel var det sykepleiere som var behandlere for pasienter, og deltakerne hadde ulike verv på sengeposten. Stabilitet og en viss form for forutsigbarhet, ble viktig for å oppleve trygghet i arbeidet. Funnene reflekterte at ansvarsvaktene hadde en viktig funksjon for å holde tråden i hva som hendte på sengeposten til enhver tid. I tillegg til gode mellommenneskelige egenskaper, var det viktig å være tydelig i kommunikasjonen når man var i denne rollen. God kommunikasjon skapte forutsigbarhet for vaktlaget. Videre viste resultatene at arbeidsmoral og fravær, hadde en sammenheng. Det hadde for eksempel, mye å si for opplevelsen av å ha en god arbeidsdag, om de som man forventet skulle være på arbeid, var på arbeid. Der man opplevde at arbeidsmoral var svekket hos sine kollegaer, ble det vekket følelser av urettferdighet og at i lengden ble fraværet u hensiktsmessig på sengeposten. Studien viste at om det oppstår diskrepans mellom handlingen og å jobbe sammen mot et mål, kan det oppstå usikkerhet. Det ble også en forventning om høyere arbeidsmoral på sengepostene.

Konsekvensen av fravær på sengeposten, var at man måtte ta overta oppgaver som en egentlig ikke var tilegnet. Dette gjorde arbeidet uforutsigbart, ved at man måtte gjøre arbeid som man ikke forventet. Resultatet viste at man forventet en høyere arbeidsmoral fra sine kollegaer. Larsen (et al., 2011) hevder at arbeidsmoral kan defineres som en positiv holdning til en yrkesaktiv karriere. Det er enkeltindividets moralske ansvar å bidra til å ha moralske standarder som forpliktelse. I et arbeidsfellesskap er høy moralsk standard nødvendig for å

oppnå konkrete resultater. Om man opplever det motsatte, vil den gjensidige tilliten ikke lengre kunne opprettholdes. I denne sammenhengen, kan man igjen bruke Løgstrups etikk. I følge Løgstrup (2000) er tillit noe man spontant har i relasjonen til hverandre. Om tilliten ikke blir mottatt med respekt og ærlighet, vil man oppleve mistro og mistillit. Han hevder at dette ikke er rotet i spontanitet, men fremtrer i situasjoner hvor opplevelsen av at den andre kretser rundt en selv og egen livsoppholdelse. Grunnlaget for mistillit kan være misbruk av den tilliten som relasjonen kom i stand på, der det forventes lik arbeidsmoral fra begge parter. Når denne ikke blir møtt på en adekvat måte, fører det til at tillit ikke fortjenes som en fortsettelse for å opprettholde relasjonen. For å forstå mekanismene i mistillit mellom kollegaer, har organisasjonspsykologien forsøkt å beskrive begrepet tillit i sammenhengen med arbeidslivet. Dette er beskrevet av Kaufmann & Kaufmann (2007). Alle fem elementene for tillit var gjeldene for studiet, og videre vil jeg knytte disse fem egenskapene i sammenheng med arbeidslivet. Her snakker man om å ikke handle på vegne av kun seg selv, noe som kan sees i en videre sammenheng når man arbeider sammen.

Integritet går ut på at man bør tilstrebe å gjøre det man sier man skal, og er en kritisk faktor når man vurderer hverandres troverdighet og ærlighet. På en sengepost hvor arbeidsoppgavene ikke ble fulgt opp av en kollega på grunn av fravær, skapte det irritasjon og frustrasjon hos de som måtte følge dette opp. Når dette gjentok seg, mistet vedkommende med fravær sin integritet ovenfor de andre som var på arbeid. I et mellommenneskelig arbeidsforhold vil det kunne oppleves som konfliktfylt, om lojaliteten kun går en vei. Lojalitet blir beskrevet som den villigheten en person med tillit har for å stille opp for en annen. På en sengepost var det vakter der ansvarsvakta ikke fysisk var tilstede i avdelingen. Dette ble vanskelig ved at rutinene på sengeposten da var brutt, og det ble vanskelig å vite sin egen rolle på vaktlaget, og i etterkant å stole på dens lojalitet til egen arbeidsplass. På en sengepost vil man alle arbeide mot et felles mål, og da bør man kunne stole på at de man arbeider med, er lojale i den form at de opptrer etter verdier som gjelder sengeposten, til fordel for seg selv. (Kaufmann & Kaufmann, 2007).

Kompetanse har med personens fagtekniske og mellommenneskelige kunnskaper. Hvis det brister på kunnskapsgrunnlaget, så svikter det i det praktiske tillitsforholdet. Kompetanse ble tatt med som et moment, i det å vite at din kollega vet. Det var en forutsetning at ens kollegaer visste hvordan man opptrådte på en sengepost. Kompetansen som ble beskrevet

som viktigst var den praktiske kompetansen, den som handlet om å handle i situasjoner som oppstod på sengeposten. I Travelbees (1996) forståelse av sykepleie, skal sykepleieren gå inn med egen personlighet for å være en fullgod profesjonell utøver. Hun hevder at når en arbeider med pasienter som lider, vil man tilstrebe å finne meningen i situasjonen. I studien fremkom det at sykepleierne tilstrebet å finne meningen i arbeidet på sengeposten, noe som kan tolkes at man mulig forventer at kollegaene skal strebe etter det samme. Studien viste imidlertid at de fagtekniske og den faglige kompetanse for psykisk helse og rus- feltet ikke var uttellende for å ha tillitt til den andre. Det kan tenkes at den mellommenneskelige kompetansen vil vektlegges i et arbeid som jobbes rettet mot mennesker.

Konsistens handler om en kan stole på at personen følger faste rettesnorer i sine handlinger. (Kaufmann & Kaufmann, 2007). Fravær ble sett på som lite konsist. Resultatet av studiet viste at forutsigbarhet på arbeid, gjaldt også å vite at man var nok og kompetent nok personal på arbeid til enhver tid. Det å utebli fra arbeid, ble sett på som å ikke være konsis i sine handlinger, spesielt om grunnen for fraværet, ikke stod i samsvar med sykepleierens egen moral. Studien viste at det man forventet av seg selv som arbeidstaker, var tilnærmet lik det man forventet av de andre på sengeposten.

Den siste dimensjonen av tillitt er åpenhet, og betyr at man kan føle trygghet på at en person sier den hele og fulle sannheten, og ikke holder vesentlige ting tilbake i viktige forhold mellom de som er i tillitsforholdet. Åpenhet i form av tilbakemeldinger, var sykepleierne opptatte av. Det ble viktig med en åpen dialog, som også kunne gå på konstruktiv kritikk eller tilbakemelding på en selv. Åpenhet i denne sammenhengen var ofte sett i betraktning med kommunikasjon, og dette var lagt stor vekt på i deres opplevelse av å ha en god eller dårlig dag på arbeid.

5.2 Kommunikasjon

Røkenes & Hanssen (2012) hevder at kommunikasjon er grunnleggende og en viktig del av fagarbeideres arbeid, når det kommer til å skape gode relasjoner. Her beskrives god kommunikasjon som: evnen til å leve seg inn i den andres verden og skape et felleskap basert på opplevelsen man opplever sammen. I et arbeidsfelleskap, bør man tilstrebe å forstå den andre for å få til et godt samarbeid. I studien viste det seg at mangel på kommunikasjon, førte til stor usikkerhet. Skau (2015) vektlegger kommunikasjonen som er basert på ekthet og

tydelighet. I tillegg til å være ekte i rollen som fagperson, vektlegger hun den kongruente kommunikasjonen. Denne kan sies å være det samme som å si den hele og fulle sannheten, uten å holde vesentlige ting tilbake. Dette ble tydelig for deltakerne, først etter at de hadde erfart at man ikke var åpen i formidlingen til hverandre, spesielt i en rolle som ansvarsvakt.

5.2.1 Tilbakemeldingens betydning

Studien gjenspeilet at fordi det var mange ulike yrkesgrupper som arbeidet sammen, så var det mulig ekstra viktig å ta opp saker før de ble et stort problem. Å få feedback på eget arbeid var viktig, i tillegg til å kunne gi konstruktive tilbakemeldinger. Funnene viste også at det samlet var vanskelig å gi konstruktive tilbakemeldinger på arbeidsplassen, da de ofte ble tatt som et personlig angrep av de som mottok den. Samlet for studien var det et ønske om å større åpenhet for konstruktiv kritikk på sengeposten, men at man i praksis så at dette var vanskelig å få til i arbeidshverdagen. Resultatene viste derimot at i en hektisk hverdag, var det vanskelig å få tid til å gi feedback, og man måtte ha et mer overordnet fokus på dette på hver sengepost for å få det til.

Tilbakemeldinger eller feedback blir sett på som en motivasjonsfaktor på arbeid. Likevel er det uenigheter om tilbakemelding fører til forandringer (Syse, 2018). Bruken av tilbakemeldinger på en arbeidsplass avhenger mye av motivasjon, samt muligheter og midler for endring. Funnet i denne studien viste at det å gi tilbakemeldinger på hendelser som ikke var heldig, var vanskelige, fordi tilbakemeldingene ofte ble oppfattet som et personlig angrep. Kun en av deltakerne i studiet sa at hen selv måtte skjerme seg istedenfor å gå inn i diskusjon, da hen hadde tendens til å la kritikken bli personlig, å ikke kun la det være med saken det gjaldt. Spørkeland (2015) poengterer at det er to dimensjoner i kommunikasjonskjernen i relasjonskompetansen. Dette er dialogferdigheter individ og tilbakemelding. Der poengteres det at de fleste mennesker trenger å videreutvikle sine samtale – og tilbakemeldingsferdigheter. I psykologen er det to kognitive biaser som gjør at vi tenker smalt. Den fundamentale attribusjonsfeilen og falsk konsensus – effekten. Den fundamentale attribusjonsfeilen går ut på at mennesker i for stor grad forklarer problemer med personlige egenskaper fremfor kontekst og situasjonsbetingede faktorer. Falsk konsensus-effekten som handler om at vi som mennesker har en tilbøyelighet til å anta at andre deler samme perspektiv som oss selv. Dermed klarer vi ikke alltid å revurdere egne oppfatninger underveis i samtalen (Syse, 2018). Tendensen var at deltakerne ønsket mer åpenhet rundt det å gi konstruktive tilbakemeldinger. Denne studien gav ikke et fullgodt svar på hvorfor kritikk ofte

ble oppfattet som personlig. Mesteparten av sykepleierne mente at dette gikk i hovedsak på mottakeren av tilbakemeldingen. At tilbakemeldingen man gav, ble ofte *oppfattet* som et personlig angrep. Ifølge Spurkeland (2012) har tilbakemeldinger tre hovedområder: å få et menneske til å kjenne seg psykisk sterke, få et menneske til å bli mer kompetent, få et menneske til å finne og bruke sine sterke sider. Det kan tenkes at når tilbakemeldingen er positiv er man mer villige til å ta denne innover seg, mot en negativ tilbakemelding. Dermed kan man se et samsvar i at konstruktiv tilbakemelding ofte ikke fører annet med seg enn at en leverer denne fra seg, og erfaringen viste at den ikke førte til noen endringer. Det var ofte velmente tilbakemeldinger, men kan være at dette beror på mer enn å avlevere tilbakemeldingen. Syse (2018) henviser til at kritikk sjeldent resulterer i forbedringer, og at tilbakemeldinger altfor ofte handler om personlige tolkninger og subjektive beskrivelser av atferd. Risikoen for at tilbakemeldingen kan slå galt ut øker om man (1) åpner samtalen uten å ha tenkt igjennom alternative forklaringer på problemet, (2) antar at det bare eksisterer to utfall (svart/hvitt) og (3) ikke er villig til å justere egne antakelser underveis. Å ha et arbeid der den personlige kompetansen vektlegges for å få til relasjonen, tolkes å spille en stor rolle når man tar kritikk på arbeidsplassen personlig. Når man arbeider innen et yrke som vektlegger den personlige kompetansen, vil den man er på arbeid, gjerne overlappe med den man personlig. Dette kan vise til at man oppfatter kritikken som personlig, fremfor som en faglig kritikk. Dette kan bli tatt i betraktning dette fenomenet.

5.3 Videreutvikling av personlig og profesjonell kompetanse

Resultatene viste at å videreutvikle seg personlig og profesjonelt, var viktig. Det å få lov til å ta videreutdanninger innenfor sengeposter som hadde særskilte ansvar, ble ansett viktig for å opprettholde den faglige kompetansen. Dette tolkes som særskilt merkbart hvor pasientsammensetningen var blitt endret. Om sengeposten var i endring, var det behov for en annen form for kompetanse på sengeposten. Resultatet viste at det var viktig å ikke stangnere i sitt arbeid, men å videreutvikle seg som sykepleier. Dette gjorde at man søkte ny læring, som for eksempel mer kursing og videreutdanning. Sykepleierne fikk ofte tilrettelagt for å videreutdanne seg, men at dette ikke kun var opp til en selv, men en villighet fra lederne på sengepostene. Tolkningene av funnene var at deltakerne ønsket å bli utfordret, og også søke kompetanse for å takle utfordringene. En motivasjon for å ta videreutdanning, var for å holde ut i et krevende fagfelt.

Dette gjenspeiler det som Travelbee (1999) og Skau (2015) beskriver. Travelbee poengterer at man søker etter å forstå meningen når man arbeider med mennesker som lider, noe som viste seg i studiet. Hun tilknytter begrepet håp sterkt opp mot sykepleie, og mener at som hjelper har man mulighet til å videreutvikle seg i disse møtene. Skau henviser til at det kan forekomme diskrepans mellom å inneha personlige kompetanse og å videreutvikle den. Viktigheten av å utvikle sin personlige kompetanse bør komme fra hver enkelt som arbeider, men Skau vektlegger at videreutvikling av den personlige kompetansen, handler også om arbeidsplassen føler et ansvar for å øke kompetansen. Om man ikke ser sammenhengen mellom personlig kompetanse og utviklingen av denne, vil det oppstå et misforhold. I studien ble det fokusert på bevisstheten over hvordan man fremstår som ansatt på arbeidsplassen. Manglende bevissthet rundt bruken av den personlige kompetanse, kunne bli utfordrede for sykepleierne. Fenomenologien lærer oss at vi oppfatter ikke verden direkte, men gjennom vår bevissthet. Livsverden dreier seg om en naiv erfaring av verden, der man kun kan forstå avhengig av hvilken bevissthetsholdning, erfaring eller innfølning en stiller med. Det ble poengtert at om man ikke visste hvordan man fremstod på arbeid, så var det vanskelig å gjøre noen forandringer. Røkenes og Hanssen (2012) beskriver forforståelsen som briller vi alltid har på oss, og som farger alt vi ser. Gadamer (1999) forteller oss at vi stiller med vår forforståelse i enhver sammenheng. Forforståelse handler om forutinntatte meninger, holdninger og forståelse. Det er først når en er klar over hvordan ens forforståelse påvirker vårt syn, at vi kan ta reflekterte avgjørelser, for så å trekke konklusjoner om atferden opp mot andre. Om man ikke er klar over hvordan vår forutinntatt påvirker ens handlinger, vil det oppstå et misforhold i forståelsen. Deltakerne fikk ta videreutdanninger og kurs som var i sammenheng med deres arbeidsfelt. Dette var med på å øke den samlede profesjonelle kompetansen, da teoretiske perspektiver ble vektlagt som viktig på sengeposten. I NSF's (2019) spørreundersøkelse viste det seg at det sykepleierne generelt savnet mest, var å kunne søke ny kompetanse innen deres spesifikke arbeidsfelt, da man hadde mange praktiske oppgaver og ansvar som ikke tillot at man videreutviklet kompetansen. Dermed kan man se på funnet som en positiv utvikling for sykepleiere innen fagfeltet Psykisk helse og TSB, sett i sammenheng med sykepleiere generelt.

5.3.1 Veien som ledet til utvikling

Veiledning ble sett på som et viktig element til å utvikle seg. Gruppedynamikken, og det å lære av sine kollegaers erfaringer, ble betraktet som verdifullt for å få faglige og erfaringsbaserte betraktninger. Sykepleierne synes veiledningen var mest effektiv, når det var eksterne som ledet gruppen. Studien viste at denne formen for veiledning ble svært verdifullt å delta på. Under veiledningen på sengepostene var det flere som gjenga at dette foregikk som å ta opp ting som rørte seg hos dem, som var så fersk som mulig. Det å ha annen veiledning der tema allerede var satt, ble ikke like verdsatt som den der man tok opp situasjoner som hadde hendt på sengeposten, i form av case. Resultatet i denne studien viste at å ha veiledning med ekstern veileder gjorde at man gikk utav sine roller og inntok en mer lyttende posisjon, noe som man så på som nyttig for egen og andres læring.

Tveiten (2012) vektlegger at når man har veiledning, så videreutvikler man seg profesjonelt, og med en ekstern veileder, kan det få deltakerne til å ta et steg tilbake og reflektere over situasjoner som har oppstått. Resultatet i denne studien er i samsvar med dette. I tillegg var det viktig for deltakerne å ha en utvikling for å kjenne en mening og tilhørighet til eget fagfelt. Kompetanseutvikling gjennom veiledet læring og refleksjon går utpå å knytte teoretiske studier og praksiserfaringer sammen, ifølge Tveiten (2012). I en praksisveiledet situasjon, gis det mulighet til å reflektere over egne yrkeserfaringer og bearbeide disse. Dette gjøres ved at refleksjon blir knyttet til praksissituasjonen på en systematisk måte. Hun poengterer at for å gruppeveiledning skal ha en effekt, må det allerede eksistere tillit mellom partene. Når veiledningen brukes i yrkessammenheng, har den som hensikt å videreutvikle den profesjonelle kompetansen. Dette ble en viktig del for videreutviklingen av sykepleierne på sengeposten, da det ble poengtert at et yrke innenfor psykisk helse og TSB, ofte ikke baserte seg på fasisvar. Under veiledning kunne man ha noe konkret og håndfast å se tilbake på situasjonen med. Tveiten (2012) poengterer at under slike veiledninger legges det vekt på kommunikasjon – og samspill, og å kunne benytte denne kunnskapen på en reflektert måte. Tolkninger gjort av funnene viser at man som deltaker i veiledning, lærte mye av gruppens betraktninger av situasjonen. Den hermeneutiske sirkel kan være en måte å forstå hvorfor deltakerne opplevde mest utvikling gjennom veiledning. Under veiledning bragte man med seg en situasjon fra praksis, det vil si en delenhets. Man var ute etter å forstå meningen i denne

delenheten, ved å få nye måter å se situasjonen på. Om man oppnådde dette via andres erfaringer, kunne man forstå helheten av situasjonen på en ny måte (Gadamer, 1999).

5.3.2 Praktisk – og erfaringsbasert kunnskap

Studien reflekterte at den erfaringsbaserte kunnskapen var den kompetansen som var høyest verdsatt innen Psykisk helse og TSB. Dette viste seg ved at det var belastende å stå alene med avgjørelser på sengeposten, om det var en selv som hadde mest erfaring. I et ledd for å videreutvikle seg, ble det lagt stor vekt på at man kunne lære av kollegaer med mer erfaring. Det fremkom i resultatene at man hadde behov for å ta mer del i det som hendte på sengeposten, etter å ha arbeidet en stund. Erfaringsbasert kunnskap var en viktig del i det å få utvikle seg videre som sykepleier, og resultater i denne studien viste at sykepleierne opplevde at det var opp til dem å holde det faglige nivået oppe. Studien viste også at arbeidstakere med erfaring, var viktige på en sengepost, da man følte at man kunne søke råd hos dem i arbeidshverdagen.

Dette kan forstås i lys av teorien til Aristoteles, hvor studien viser at den praktiske kunnskapen (fronesis), var den som ble mest vektlagt hos ens kollegaer og leder. Fronesis er en samlebetegnelse for å tenke fornuftig og klokt over avgjørelser. Fronesis kan også sies å være en form for kompetanse som man får etter å ha yrkeserfaring, da den inkluderer evnen til å reflektere, forstå sammenhenger, til å kontekstualisere, og til å opptre fornuftig i konkrete situasjoner. Innen fagfeltet Psykisk helse og TSB, må man klare å se flere komponenter samtidig for å kunne handle forsvarlig i situasjoner. En tendens kunne være at man i for lang tid hadde lent seg på teoretiske perspektiver i feltet psykisk helse, noe Karlsson (2014) viser til i en artikkel om erfaringsbasert kunnskap. Han poengterer at en bør ha mer tillit til den erfaringsbaserte kunnskapen for å oppnå mest mulig brukervedvirkning. Studien viste at man ønsket mer tid til pasientene, men opplevde at tiden gikk bort i effektivisering. Karlsson (2014) poengterer at en burde tilstrebe en mer reflekterende tilnærming til sentrale problemstillinger knyttet til praksisfeltet, for å videreutvikles. Resultatene her viser at refleksjon rundt pasienthendelser, ble sett på som viktige, da det ble knyttet mer konkret opp mot arbeidet deltakerne stod i. Dermed samsvarer Karlssons artikkel med studiens funn.

5.4 Samhandling

Samhandling er et uttrykk for helse – og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Samhandlingsreformen, 2008/2009).

5.4.1 Størst av alt er pasientarbeidet

Tolkningene gjort av resultatene i studien er at det var viktig at pasientbehandlingen var av god kvalitet. Pasientsamhandling ble sett på som kjernen i arbeidet som sykepleier. Arbeidet opplevdes betydningsfullt og allsidig, men også utfordrende. Deltakerne følte et særskilt ansvar for pasientene som var i fysisk dårlig forfatning. Resultatene i denne studien viste at det var utfordrende å balansere rollen som sykepleier, sett i sammenheng med pasientsamhandlingen. Videre viste studien at det var utfordrende å vite hvor mye man skulle ta tak i under hver innleggelse, da det var utydelighet på hvilken rolle man inntok seg som behandler. Arbeidet som sykepleier hadde blitt mer utfordrende, fordi at sammensetningen av pasientene krevde en annen form for kompetanse enn man tidligere var vant med på sengeposten, det var spesielt merkbart innen TSB. Resultatene viste at motivasjonen for videreutvikling, lå i ansvaret en hadde for pasientene. Det var forskjeller på å arbeide med pasienter som var frivillig innlagte og tvangsinnlagte.

Et av funnene i studiet pekte på at sykehusene hadde større fokus på effektivitet innen fagfeltet Psykisk helse og TSB, og at deltakerne merket forandringen mest på at arbeidet omhandlet mye som ikke gikk direkte på pasientarbeidet. Ifølge Bergsagel (2019) viste NSF's undersøkelse, at dette kunne sees i flere deler av sykepleien, enn kun innenfor Psykisk helse og rus – feltet. Artikkelen Bergsagel lagde i etterkant av undersøkelsen, viser at sykepleierne hadde flere oppgaver som tok de i fra den direkte pasientkontakten. Mellommenneskelig er et begrep i Travelbees (1999) sykepleieteori, som defineres slik: et menneske – til – menneske forhold er primært en erfaring som finner sted mellom en sykepleier og den hun har omsorg for. Resultatene viste at kjernen for arbeidet som sykepleier, var pasientsamhandlingen, dette gjaldt også for deltakerne som var i andre roller. Det mellommenneskelige forholdet var verdsatt hos deltakerne, og man anså fagfeltet som viktig. Dermed var det gjennomtenkte betraktninger rundt maktbegrepet til pasientene. Ifølge Grimen (2008b) er det alltid en viss

form for tvang representert i forholdet mellom pasient og behandler (herunder: sykepleiere). Som å arbeide på en sengepost, der fasilitetene er tilgangen til helsehjelp. Grimen forklarer videre at det er helsepersonellet som er i stand til å utløse rettigheter for pasientene. Tvang i relasjonen som Grimen beskriver, er ikke nødvendigvis den formen for tvang som utøves under sterk paternalisme, men er en forståelse av at den syke trenger profesjonell hjelp, selv om man ikke har valgt denne hjelpen selv. Dette gjør at pasientene er avhengige av at helsepersonellet de møter, er moralske og bevisste, jamfør sin plikt innen omsorgsyrket, dermed er relasjonen bygget på forskjellige forutsetninger ovenfor hverandre. Grimen, 2008b, kaller dette for en portvaktfunksjon. Han forklarer også at det automatisk oppstår en maktbalanse mellom sykepleier og pasienten, ved at man har en epistemisk asymmetri. Det vil si at pasienten er avhengig av sykepleierens kunnskap i fagfeltet psykisk helse og/eller rus. Tolkningene av funnet er at den avmakten sykepleierne kunne oppleve i pasientcaser, samsvarte med Grimens teori.

5.4.1.1 Å arbeide med pasienten som ønsker behandling, og den som motsetter seg

Paternalisme deles i sosial paternalisme og individuell paternalisme. Den sosiale paternalismen er den makten som utføres på grunn av hensyn til samfunnsvern (Slettebø, et al., 2013). Brunborg (2019) poengterer at sykdomsbildet hos pasienter med psykiske lidelser er svært anderledes nå enn det var for 20 – 30 år siden når begrepet miljøterapi var dagligtale. Hun hevder at sykdomsbildet er mer komplekst; ofte med ruslidelser, psykiske lidelser og somatiske lidelser samtidig. Resultatet gjenspeiler at sykdomsbilde hos pasientene med en ruslidelse, var svært komplekst og man hadde store utfordringer med å tilpasse pleien til disse når de var innlagt på sengeposten. Brunborg (2019) undrer seg om man er bevisst hvilken kompetanse som søkes til pasienter med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelavhengighet. Noe som kan tolkes i resultatene i denne studien, hvor det var ønskelig med flere med sosialfaglig kompetanse innen TSB, samt at behandlerrollen virket å være utydelig. Svak paternalisme kan sees når en tar avgjørelser som ser ut til å være det beste for pasienten i situasjoner hvor pasienten ikke er kompetent til å se hva som er til det beste for en selv (Slettebø, et al., 2013). Garden (et al., 2011) gjorde en undersøkelse av sykepleieres opplevelse av å arbeide tett med mennesker som ikke har samtykkekompetanse, der tvangsmilder ble hyppig brukt. Her så man at tvang kunne sees som resultat av sykepleierens sterke engasjement for å oppnå pasientens beste, og vises gjennom omsorgstiltak som gjennomføres på tross av pasientens fysiske og verbale motstand. Bruk av tvang ble gjort i

settinger der sykepleierne forsøkte å oppnå et gode for pasienten. Sterk paternalisme kan sees som det motsatte av autonomi hvor sykepleier overstyrer hva pasienten mener i tro om at det er for pasientens beste, selv om pasienten er kompetent til å ta egne valg (Slettebø, et al., 2013). Hammernes (et al., 2017) konkluderte at sykepleierne var bevisst på at det krevde høy faglig kompetanse og bevisstgjøring av egne holdninger i møte med pasienter som er innlagt på tvang. Funnene i denne studien viste at ivaretagelse av pasienter som var i dårlig forfatning og var i behov av tvangsinnleggelse, ble ansett som et stort ansvar, og som krevde en annen type kompetanse, enn den man brukte i arbeid med frivillig innlagte. Skau (2015) hevder at man trenger nye kvalitative tilnærminger når man blir møtt med et krav om ny kompetanse. Når vår samlede menneskelig kompetanse stilles på prøve, kan de tradisjonelle tenkemåtene og løsningene komme til kort. Hun poengterer at det er vårt eget ansvar å utvikle disse tilnærmingene. Dette krever at man må være villig til å revurdere eksisterende verdier og handlingsstrategier, ved å erstatte de med nye. Denne form for utfordring, ble i studien, forklart som spennende og kunne mer om.

5.4.2 Tverrfaglighet som ressurs

Tverrfaglig arbeid ble sett på som både utfordrende, men også som en forutsetning for å få arbeidshverdagen til å fungere, samt å få til et helhetlig pasientarbeid. Det var ikke overraskende at det kunne oppstå diskusjoner eller ulikheter fordi man hadde forskjellige syn på det å drive med psykisk helse og rus – relatert arbeid. Resultatene tolkes dithen at tverrfaglighet var godt implementert på sengepostene, og at fagfeltet rus så et behov for flere med sosialfaglig kompetanse. Resultatene indikerte en viss utydighet knyttet til den særegne rollen som sykepleier på sengeposten, men at sykepleiere fikk ansvaret for pasienter som var i fysisk dårlig forfatning under innleggelser. Videre indikerte funnene at man ikke alltid så på behandlerrollen som en sykepleiefaglig oppgave, og at man dermed ønsket seg mer tilrettelegging mot andre oppgaver.

Begrepet tverrfaglighet sier i seg selv ikke noe om samarbeidet er godt. Hummelvoll (et al., 2012) presiserer at en forutsetning for å utvikle et terapeutisk miljø er at de forskjellige yrkesgruppene skaper en fellesskapsfølelse. Det tverrfaglige samarbeidet skal bygges på god korpsånd og et felles ansvar for arbeidet. Om man ikke tilstreber dette på hver sengepost, kan det oppstå konflikter angående kompetanse. Hummelvoll (et al., 2012) legger stor vekt på

teamets oppbygging for å nå realistiske, terapeutiske mål for pasienten. Resultatene viste at en var fornøyd med det tverrfaglige samarbeidet, og dette var godt implementert i sykepleiernes arbeidshverdag. Grimen (2008) hevder at kollegiale organisasjonsformer er egalitære i den forstand at partene er likeverdige, altså man er likeverdige sine kollegaer. I et tverrfaglig samarbeid vil det imidlertid innebære ulikheter i formell kompetanse og erfaring. Resultatene viste at det daglige arbeidet ofte var bundet opp i andre oppgaver enn pasientarbeid, og dette måtte sykepleierne også være med på, på lik linje med de andre en arbeidet sammen med. SINTEF rapporten peker på at man må forhandle og utforme sin rolle som sykepleier på sengeposten, for å få frem det spesielle i hver yrkesrolle. Rapporten viste en utydighet på hva sykepleiespesifikk kompetanse i fagfeltet psykisk helse og rus gikk ut på. Dette var det en tendens til i denne studien også, der man beskrev det som om det var mange daglig oppgaver som ikke omhandlet pasientarbeidet. Det helhetlige bilde av sykepleie som yrke, indikerer at dette mulig ikke er spesifikt til sykepleie innen psykisk helse og rus. TSB. NSFs (2017) spørreundersøkelse som det vises til i innledningen, viser at sykepleiere generelt opplevde at mange av arbeidsoppgavene, ikke omhandlet pasientarbeidet, og en av seks sykepleiere svarte at de utførte oppgaver de ikke knyttet til sykepleiefaget. Undersøkelsen omfattet sykepleiere i alle form for pleie, ikke kun i fagfeltet psykisk helse og rus.

5.4.3 Samarbeid for helheten

Resultatet gjenspeilet et ønske om økt samarbeid rundt pasienten, på tvers av sengepostene og opp mot kommunehelsetjenesten, og det var spesielt merkbart hos deltakere med lang yrkeserfaring. Samhandlingen ble, i noen tilfeller, opplevd som å spise av tiden til pasientarbeid. Studiens funn viste også at å få til et samarbeid, berodde på om man hadde fokus på nettverksarbeid på sengeposten. Resultatene viste at det var mer møtevirksomhet rundt pasientene og vanskelig å være strukturert når man skulle få mange treffpunkter til i arbeidshverdagen. Samarbeid mellom instansene ble sett på som en viktig forutsetning for å gi helhetlig behandling. Samtidig var det utfordrende å få til treffpunkter for å samarbeide, noe som opptok mye av arbeidstiden deres. Studiens funn indikerte at det var vanskelig å beholde den gamle arbeidsstrukturen, da det var større krav til effektivisering på sykehuset. Dette ble linket til pakkeforløpene, og krav om at behandlingen skulle være tilnærmet lik for alle med samme diagnose. Videre måtte en ha fokus på nettverksperspektivet for å få til et en bedre samhandling med førstelinjetjenesten, ved for eksempel å implementere dette som en del av kulturen på sengeposten.

Samhandlingsreformen kom som Stortingsmelding i 2008/2009, og var rettet mot samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. På denne tiden var hovedutfordringen knyttet til både pasientperspektivet og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Stortingsmeldingen vurderte disse perspektivene på at bedre samhandling mellom kommunale og statlige helsetjenester var de viktigste utviklingsområdene. Hovedgrepene i Samhandlingsreformen var å få en klarere pasientrolle, ny framtidig kommunerolle, etablering av økonomiske insentiver, spesialisthelsetjenesten skal utvikles sånn at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse og til slutt tilrettelegge for tydeligere prioriteringer. En av hovedutfordringen som ble skissert var pasientenes behov for koordinerte tjenester bevares ikke godt nok, og man oppnår fragmenterte tjenester. Før samhandlingsreformen var det i liten grad opprettet systemer som understøttet pasientens behov for helhetlig omsorg i pasientforløpet. Systemene var mer detaljstyrte. Kommunen ble forvaltet via primærhelsetjenesten og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten. Men få tjenester var rettet mot pasientenes samlede behov. Det var ikke noe som sa at man måtte ta ansvar for mer enn det man gjorde når pasienten var under pleie hos hver helsetjeneste. Reformen peker på at mangelen på en helhetlig tilnærming til pasientens forløp, er et problem ved at den enkelte ikke mottar godt nok koordinerte tjenester (Meld St. nr 47, 2008-2009). Utfordringene som var for 12 år siden, kan virke som å være gjeldene på sengeposten den dag i dag. En stor del av sykepleierens arbeidshverdag gikk ut på å koordinere tjenester med andre som skulle jobbe opp mot pasientbehandlingen. Sykepleierne mente dog at dette var viktig, og at det var for lite samarbeid mellom første og - andrelinjetjenesten når det kom til psykisk helse og rus. Nettverksperspektivet innenfor psykiatri, medisin og psykologi har de siste årene skutt fart innenfor sykdomsforståelse og behandling. Nasjonalt kompetansearbeid for psykisk helsearbeid (NAPHA) har opprettet en egen side dedikert til nettverksarbeid. Nettverket rundt pasienten kan bestå av flere aktører, som nære pårørende, hjelpeapparatene i både kommune – og spesialisthelsetjenesten, venner og arbeidsgiver. NAPHA (2018) hevder at nettverksmøte oppfordrer brukeren selv til å ta kontakt med sitt nettverk, noe gjør at brukeren tar i bruk egne ressurser og deltar aktivt inn i å få kontroll over eget liv. Hensikten er at deltakerne skal finne tro på at man selv kan gjennomføre endringer som gir bedre livskvalitet. Dette krever at brukeren kartlegger sitt sosiale nettverk på forkant av møte. Møtelederne skal helst være to fagpersoner med kompetanse. Deltakerne mente at for å holde oppe nettverksperspektivet på sengepostene, var det viktig at dette var implementert på ledelsesnivå. I tillegg kunne

nettverksperspektivet krevde en del av pasienten til å få til, og under innleggelse, var pasientene mulig for dårlige til å følge opp dette selv. Dermed krevde det en del motivering fra sykepleierne, samtidig som man skulle ivareta pasientens autonomi. Dermed måtte sykepleieren også ha tro på at nettverksarbeid var viktig, for å få det til på en ordentlig måte. Veilederen for pårørende «Pårørende – en ressurs» pekes det på betydningen av å involvere det sosiale nettverket sitt i større grad ved sykdom, og helsegevinsten dette medfører. Brukerstyring er et overordnet prinsipp og fordrer at selvbestemmelse blir anerkjent i alle faser av samhandlingen (NAPHA, 2018).

5.5 Organisatoriske arbeidsforhold

De organisatoriske arbeidsbetingelsene er med på å legge føringen for å danne arbeidsmiljøet, og viser til de generelle krav til arbeidet (Arbeidstilsynet, 2018). Under temaet organisatoriske arbeidsforhold, ble den største endringen sagt å være pasientsammensetningen på sengepostene, i tillegg ble turnus og ledelse viktige betraktninger i sammenheng med det organisatoriske på sengeposten.

5.5.1 Livskvalitet og medbestemmelse

Muligheten til å medvirkning egen turnus var et viktig funn for å føle betydning i arbeidet. Vaktordningene kunne i noen tilfeller oppleves ugunstig på den måten at det ble utfordrende å ha struktur i hverdagen, når sykepleierne for eksempel var behandlere. Et forslag var at om man var behandler, så kunne man arbeide mest mulig på dagtid, slik at man hadde flere møtepunkt for behandleroppgaven. Det fremgikk i studien at å få tilrettelegging og få lov til å medvirke til egen turnus, var viktig. Ifølge deltakerne kunne en god turnus bero på om man fikk være med på å bestemme den eller ikke. Det ble blant annet lagt vekt på om de som lagde turnusen la til rette for den enkelte. Det var viktig for sykepleierne at det var kompetanse på arbeid til enhver tid, slik at de ikke stod alene om å ta faglige avgjørelser. Her ble planleggingen av turnus viktig for de som arbeidet, ved at man hadde forutsigbarhet i vaktene. Å være den eneste med høyskolefaglig kompetanse ble sett på som mest problematisk, da man ofte da måtte ha ansvaret for sengeposten, i tillegg til det sykepleierfaglige ansvaret.

Norges offentlige utredninger (2010) viser til ansattes deltakelse i arbeidslivet, i form av medvirkning og medbestemmelse. Ansattes deltakelse begrunnes i rettferdighet og produktivitet. I forbindelse med turnus, synes deltakerne det var viktig å oppleve at

planleggingen av turnusen, var basert på rettferdighet. Rettferdigheten her gikk på at man ikke hadde så mange ugunstige vakter, og at man ikke var den eneste med høgskolefaglig kompetanse på arbeid. Rettferdighet handler om likhet, og det handler om ansattes rett til å delta i beslutninger som påvirker deres eget liv og arbeidssituasjon. Produktivitet knyttes til beslutningens legitimitet og målsetninger som konsensus og fravær av konflikter (NOU, 2010). Det var viktig for deltakere med en turnus der de ble hørt i forhold til ønsker de kom med på forkant, og de aller fleste var fornøyd med den turnusen som ble laget, og den var oftest basert på rettferdighet. Det ble poengtert at de som arbeidet med turnus på avdelingen, strakk seg langt for å få det slik at arbeidstakere var fornøyd. Turnus virket betydningsfull, der deltakerne snakket om dagvakter som et aspekt, og de ugunstige vaktene (aften/natt/helg) som et annet aspekt. En artikkel publisert i *Sykepleien* (2016) hadde som hovedbudskap at roterende turnusarbeid ble forbundet med et konstant høyere nivå av insomnisymptomer sammenliknet med ikke-roterende turnusarbeid. Det å erfare at jobben virker negativt inn på familielivet, er assosiert med økning i insomnisymptomer over tid (Thun, et al., 2017). Resultatene gjenspeilet at deltakere med lengst erfaring, gav flest betraktninger rundt de ugunstige vaktene.

5.5.2 Rause ledere

Studien viste at overordnet for alt arbeid, var ledelsen viktig. Et funn var at leder ikke alltid var bevisst hvor stor påvirkning hen hadde på arbeidsmiljøet, men tendensen i studien var at sykepleiere følte seg sett av sine ledere, og beskrivelsene var blant annet: god kjemi mellom leder og medarbeider, sykepleierne fikk mye tillit, ledere viste raushet og hadde fokus på at alle skulle føle seg hørt. Derimot kom det frem at det var utydelige linjer for lederne på sengepostene. Lederne på sengepostene var lydhøre for den enkeltes behov. Det ble satt pris på, men samtidig var det en viss misnøye med saker som sykepleierne var opptatte av, aldri ble løst.

Alle sengepostene hadde sykepleiere som sine enhetsledere. NSF's fire grunnpilarer i den sykepleiefaglige ledelsen er å utøve ledelse ut ifra: et helhetsperspektiv, pasientens behov, med et ansvar for kvaliteten og under en kultur som hadde fokus på læring (NSF, 2005). Et område deltakerne følte seg hørt på, var å få lov til å videreutvikle seg gjennom å ta videreutdanninger. I denne studien viste det seg at relasjonskompetansen til en viss grad ble brukt, men at sykepleierne ofte opplevde at det var få ledere som slo igjennom om det var saker de hadde tatt opp. Dette var egenskaper som man verdsatt, mulig høyere enn å føle seg

sett. Organisasjonpsykologisk forskning (REF) har vist at å lede gjennom relasjoner til de ansatte gir gode resultater både for den ansatte og bedrifter i den forstand at produktivitet og trivsel øker fordi medarbeidere blir sett og hørt, og den enkelte føler seg inkludert. Relasjonsledelse er personorientert og bygger på et humanistisk menneskesyn, og bruker ledelsebegrepet som en relasjon, mot en posisjon. Den forutsetter at lederen vektlegger medarbeiderens positive handlinger og innsats, slik at medarbeideren føler seg verdsatt og sett (Spurkeland, 2012). Relasjonskompetanse har med ferdigheter, evner, kunnskaper og holdninger som etablerer, utvikler, vedlikeholder og reparerer relasjoner mellom mennesker. Tolkninger av funnet er at man på ledelsesnivå måtte uttrykke hva som var viktig samlet sett på sengepostene, slik at arbeidstakerne hadde en lik plattform å gå etter. Det kunne være utydelige linjer på hva som ble forventet av arbeidstakere, noe som kan tolkes dit at man var usikker på hva sengeposten stod for. Relasjonskompetanse sett i sammenheng med ledelse, var gjeldene på de felt der sykepleierne på individnivå opplevde å bli hørt og sett av sin leder, men det å få medvirke til egen arbeidshverdag i form av å bli hørt på de upopulære sakene, virket å mangle. Her kan man trekke konklusjonen at å ha en leder som stod på for endring, hadde større betydning i relasjon til arbeidet.

6. Avslutning og oppsummering

6.1 Styrker og begrensninger ved studien

Studien representerer sykepleiere sin stemme angående eget arbeid, noe som kan være en styrke. Sykepleiere har taushetsplikt og kan dermed sjeldent komme med egne betraktninger om sitt arbeid, i for eksempel media. Sykepleiere er ofte representert i media, der fokuset er på utfordringene de har i sitt arbeid, satt opp mot tiden og ressursene de har til rådighet. Dette kan fort bli et mer negativt fokus. Ved å ikke fokusere på kun utfordringene, eller kun det gode i arbeidet, kan man ha vært med på å nyansere bildet av det arbeidet sykepleiere har. Studien tar utgangspunkt i seks sykepleiere som alle arbeider innen samme sykehus. Dermed kan ikke resultatene representere befolkningen sådan. Selv om man ikke kan trekke konklusjoner fra denne studien til resten av befolkningen, vil man kunne finne en overførbarhet av dette studiet, i betydningen av arbeidet for sykepleiere andre steder i landet. Formålet er å bidra med kunnskap som kan ha overføringsverdi i andre kontekster (Tjora, 2017). Temaet arbeid er også generaliserbart ovenfor alle arbeidstakere, og man kan trekke slutninger i denne studien, til andre fagfelt. Her kan man argumentere at fenomener som sykepleierne kommer med om opplevd arbeidshverdag, kan spores tilbake til teori, og kan være generaliserbar også på denne måten. Teori kan gi oss en beskrivelse av fenomener som henger sammen, og samtidig gi oss en forklaring på hvorfor. Resultatet man finner må sees i en større sammenheng for å kunne oppleves generaliserbar (Jacobsen, 2010). Tolkninger som er gjort av meg som forsker, har blitt forsøkt validert ved å mest mulig direkte gjengi sitatene fra intervjuet, disse ble i tillegg møysommelig gjennomgått på forkant. I tillegg har fremgangsmåten for prosjektet, blitt forklart på detaljnivå, noe som kan forskere senere kan bruke som oppskrift for sitt prosjekt.

En begrensning man kan trekke, er at man ikke har favnet bredt, slik at man fanget opp flere meninger om temaet arbeid. Temaet kunne ha blitt brukt i kvantitativ forskning, som i en spørreundersøkelse, noe som ofte gjøres for å måle, for eksempel trivsel på arbeidsplassen. Under rekrutteringen av deltakere, ble to av sykepleierne håndplukket av sin leder til å delta i prosjektet. Det å ikke ha valgt ut deltakere selv, kan representere en skjevhet (bias) i studien, da begge som ble intervjuet, ikke var valgt ut av meg som forsker, men av deres leder. Jacobsen (2010) hevder at en viktig validitet til kildene går ut på om kildene er villige til å gi

fra seg informasjon på en nøyaktig måte når de bidrar til forskning. For å få informasjon om sykepleieres arbeid på en sengepost innen psykisk helse og rus, vil kildene for arbeidet være riktige. Om sykepleierne gav riktig informasjon i intervjuet, kommer an på deres nærhet til temaet under intervjuet. Dette innebærer også å drøfte deltakernes vilje til å gi riktig informasjon. (Jacobsen, 2010). Mulig når tema var opplevd arbeidshverdag, så kunne leder i dette tilfelle, velge ut de som hen visste ville snakke fordelaktig om deres arbeid på sengeposten.

Å forske på eget arbeidsfelt, gjør at en må gjøre opp sin egen mening om fenomener i arbeidslivet, før, under og etter forskningen. Når man er bevisst egne holdninger og betraktninger, så kan man være mer observant når likheter og ulikheter i meningene oppstår. Forskning er søken om ny og bedre innsikt, dermed er det viktig at den ikke påvirkes av forskerens forforståelse (Everet & Furseth, 2012). Gadamer (1999) henviser til at det alltid er en vanskelig oppgave å oppnå full forståelse og bevissthet om en situasjon. Det er når man bli utfordret på egne fordommer, at en utvider sin horisont. Forståelseshorisonten er satt sammen av alle holdninger og oppfatninger man har. Det er i møte med den andre at forståelse skjer, ved at to horisonter møtes og begge endres på grunn av møtet (Gadamer, 1999). Min forforståelse kan bli endret, basert på erfaringene jeg får fra å ha forsket på eget arbeidsfelt, noe som jeg må være åpen for. I tillegg kan deltakerne betrakte eget arbeidsfelt annerledes etter å ha vært intervjuet, ved at de oppnår ny bevissthet rundt temaet. En fordel med å forske innen eget arbeidsfelt, er at man lettere kan kvalitetssikre dataen som deltakerne i studien, kommer med. (Jacobsen, 2010). Dette viste seg å være gjeldene, da man merket at intervjuene fløyt mer som en samtale mellom to like parter, der den felles språkforståelsen for terminologi, ikke utgjorde en barriere under intervjuet.

6.2 Oppsummering

Hensikten med studien var å få et innblikk i sykepleiere opplevelse av eget arbeid, når de arbeidet på en sengepost i spesialisthelsetjenesten. Resultatene viste at det mellommenneskelige aspektet hadde størst betydning for å oppleve at arbeidshverdagen var god. Like viktig var det å føle at man arbeidet sammen mot et mål som sentrerte seg rundt pasientbehandling. Det mellommenneskelige aspektet som var viktigst, var det som var mellom kollegaene som var likestilte med en selv, hvor sykepleierne kom med betraktninger som gjaldt forventninger til sine kollegaer, kommunikasjon mellom dem og organisering av det daglige arbeidet.

Studien viste også at den erfaringsbaserte kunnskapen man tillegnet seg på arbeid, var et viktig aspekt innen arbeidet i psykisk helse og rus. Det å ha et godt arbeidsmiljø, var viktig og kunne bero på ulike faktorer. De faktorene som gjaldt mest her var å samlet vite hvilken betydning hver og en hadde for å skape et godt arbeidsmiljø, der også ledelse ble viktig for å sette kulturen på en sengepost. Kommunikasjon på vaktlag og mellom den enkelte arbeider og ens leder, og det å ha rom for å gi konstruktive tilbakemeldinger ble viktig for å oppleve trivsel på arbeidsplassen.

Det var viktig at sykepleieren fikk utvikle seg i sitt felt, der den personlige og profesjonelle kompetansen var i fokus. Den største motivasjon til å skaffe seg ny kompetanse, gikk på at pasientgruppa hadde endret seg, og det var større fokus på effektivisering på sykehuset. Sykepleierne mente at pasientene hadde større og mer komplekse problemer, og man måtte ofte ta tak i de sosiale problemene under innleggelse. Her spilte den erfaringsbaserte kunnskapen stor rolle i arbeidet, og der sykepleierne følte de utviklet seg mest, var under veiledning.

Resultatet gjenspeilet at sykepleierne samhandlet med mange, der både det tverrfaglige samarbeidet og samarbeid med kommunehelsetjenesten ble trukket frem. I denne forbindelse,

kom det frem at samhandling hadde fått større betydning for feltet psykisk helse og rus den senere tid, og sykepleierne så på dette som en ressurs for helhetlig pleie, samtidig som den kunne stjele tid og fokus bort fra pasientene på sengepostene. I tillegg merket man at organisasjonen var i en endring, der pasientgruppen på avdelingen var mer samlet enn spesialisert, og sykepleierne opplevde at det var mer å gjøre. Tendensen var at sykepleierne i TSB merket den største endringen, hvor man hadde mer krav til hver enkelt som arbeidet, og man hadde mer å sette seg inn i.

Over det daglige arbeidet ble også organisatoriske forhold betraktning som betydningsfulle faktorer for sykepleierne i studien. Medbestemmelse i egen turnus, rullering på å ha ansvarsvakter og ledelse pekte seg ut som de organisatoriske faktorene med størst innvirkning på deres arbeid i spesialisthelsetjenesten.

Referanseliste *Mest meningsfylte dager*

Arbeidstilsynet (2018) *Årsrapport for arbeidstilsynet* hentet fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/om-oss/forskning-og-rapporter/arsrapporter/arsrapport-2018.pdf>

Aristoteles (1999) *Etikk* Oslo: Gyldendal Akademisk

Bergsagel, I., (2019) *6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre bør utføre* hentet fra: <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>

Bramer, W.M., Gerdien, B., de Jonge, Rethlefsen, M.L., Mast, F., Kleijnen, J. (2018) A systematic approach to searching; an efficient and complete method to develop literature searches. *J Med Libr Assoc.* 106(4), 531-541 hentet fra: <https://dx.doi.org/10.5195/jmla.2018.283>

Brunborg, L. (2019) Er tverrfaglighet viktigere enn faglighet? *Sykepleien*, 19.09.2019, hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/09/er-tverrfaglighet-viktigere-enn-faglighet>

Bjørnedal, A., Flottorp S., Klovning, A. (2013) *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Oslo Gyldendal Akademisk Kap 1, 3. utgave

Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag (NEM), 2010, *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innenfor medisin og helsefag* hentet fra:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Konfidensialitet/>

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>

Engelstad S.J, Engedal, K. (2009) *Psykatri – Kunnskap forståelse utfordring* Trondheim: Akribe, 3.utgave, 2. opplag

Everet, L.E., Furseth, I. (2012) *Masteroppgaven Hvordan begynne – og fullføre* Oslo: Universitetsforlaget 2. utgave, 2. opplag

Gadamer, H.G, (1990) *Sannhet og metode – grunntrekk i filosofisk hermeneutikk*. Oversatt av L.H. Holmen

Garden, M-H, Hauge, S., (2011) *Sykepleiers opplevelse av tvang i demensomsorgen Kampen for pasientens beste*, (Masteroppgave, Universitetet i Oslo) Hentet fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2394395>

- Grimen, H. (2008a) Molander, I. A., Terum, L. I., *Profesjon og profesjonsmoral* Oslo: Universitetsforlaget
- Hammernes, A og Håndlykken, R (2017) *Tvang i psykisk helsevern / Coercion in mental health*, (Bacheloroppgave: Høgskolen i Molde) hentet fra: <https://himolde.brage.unit.no/himolde-xmlui/handle/11250/2461717>
- Helsedirektoratet (2018–2020) *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus* hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne/implementering-og-verktoy-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Helse – og omsorgsdepartementet (2008 – 2009) Stortingsmelding nr. 47, Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse – og omsorgsdepartementet (2019) Stortingsmelding nr. 7 (2019-2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2030*, Oslo hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
- Hummelvoll, J. K og Dahl, T. E (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*
- Jacobsen, D.I (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring Innføring i metode for helse – og sosialfagene*, 2. utg., Høgskoleforlaget, kap 7
- Kaufmann, G., Kaufmann, A. (2007) *Psykologi i organisasjon og ledelse*, 3. utg., Bergen: Fagforlaget
- Karlsson, B. (2014) Erfaringsbasert kunnskap *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* Volum 11, nr 2 Hentet fra: https://www.idunn.no/tph/2014/02/erfaringsbasert_kunnskap
- Kvale, S., Brinkmann, S., (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Gyldendal akademisk, kap 7, 3. utgave
- Larsen, M., Aalberg, K. (2011) *Arbeid, arbeidsglede og arbeidsmoral* (MN Vekst, 18.mars, 2011) Hentet fra: <https://www.namdalsavisa.no/arkiv/2011/03/18/Arbeid-arbeidsglede-og-arbeidsmoral-13503412.ece>
- Løgstrup, K. E. (2012) *Den etiske fordring* Løgstrup Biblioteket Århus: Klim 4.utgave, 2. opplag
- Malterud, K., (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K., (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget, 4.utgave. Del: 2 og 3 (s. 53 – 180)
- Martinsen, K. (2012) *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe

Melby, L., Ådnanes, M., Kasteng, F. (2017) *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrspesialisert rusbehandling* SINTEF Teknologi og samfunns Rapport hentet fra: <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/?pubid=CRISin+1456358>

Melhus, J.M., (2018) *Hvorfor høflighet reduserer sykefravær og stress* Begestring.no, 03.02, 2018, hentet fra: https://begeistring.no/hoflighet_sykefravar/

NAPHA (2018) *Åpen dialog i nettverksmøter* hentet fra: <https://www.napha.no/content/22796/Apen-dialog-i-nettverksmoter>

Nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning i helseforskning (2015) hentet fra: <https://oslouniversitetssykehus.no/Documents/Samhandling/Nasjonale%20retningslinjer%20brukermedvirkning%20helseforetak.pdf>

Nornes, M., (2014) *Kollegaene mine er grunnen til at jeg gleder meg til å dra på jobben hver dag* (Masteroppgave, NTNU) hentet fra: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/280340>

Norges offentlige utredninger (2010) *Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet* Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 27. februar 2009. Avgitt til Arbeidsdepartementet 18. mars 2010 hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/2a344e075ffa4d839dd8242a91e1b0ce/no/pdfs/nou201020100001000dddpdfs.pdf>

Norsk senter for forskningsdata (2019) hentet fra: https://nsd.no/personvernombud/ledelse_administrasjon/institusjonenharansvaret.html

Norsk sykepleieforbund (2005) *Sykepleier med lederansvar* hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/158922/NSF>

Pedersen, H. (2002) *Arbeidsmiljøloven § 12 og psykososialt arbeidsmiljø* Tiden Norsk Forlag, Kap 7 og 12

Røkenes, O.H., Hanssen, P.-H. (2012) *Bære eller briste*, Oslo: Fagbokforlaget 3. utgave

Skau, G. M. (2005) *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*, Oslo, Cappelen Akademisk 3. utgave

Slettebø, Å. (2013) *Sykepleie og etikk* Gyldendal akademisk, Oslo 6. utgave

Spurkeland, J. (2005) *Relasjonskompetanse: resultater gjennom samhandling* Oslo: Universitetsforlaget

Sosial- og helsedepartementet (1997-98) Stortingsproposisjon nr. 63 *Opptappingsplan for psykisk helse*, Oslo hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=4>

Syse, E.H. (2018) Slik gir du konstruktiv tilbakemelding, *Psykologisk.no*, 23.06.2018 hentet fra: <https://psykologisk.no/2018/06/slik-gir-du-konstruktiv-tilbakemelding/>

Thornquist, E. (2015) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS Kap 1 og Kap 4

Thun, E., Pallesen, S., Waage, S., Reknes, I., Moen, B.E., Bjorvatn, B. (2016) Skiftarbeid, søvn og helse blant sykepleiere, *Sykepleien*, 30.05.2017 hentet fra:
<https://sykepleien.no/forskning/2017/05/skiftarbeid-sovn-og-helse-blant-sykepleiere>

Tjora, A. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* Oslo: Gyldendal Akademisk 3.utgave, Kap 2

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 1. utgave, 7. opplag

Tveiten, S. (2005) *Veiledning – mer enn ord* Bergen: Fagbokforlaget 2.utgave

Vedlegg 1)

Søketabell

Søke terminologi	Databaser	Art inkludert basert på ti ab screening	Art inkludert basert på fulltekstscreening
Nurs* OR Work or hospital enviornment	Embase	16 artikler	4 artikler
	MedLine	29 artikler	7 artikler
	Cinahl	34 artikler	7 artikler
	PsycInfo	30 artikler	6 artikler

Søke terminologi	Databaser	Art inkludert basert på ti ab screening	Art inkludert basert på fulltekstscreening
Nursing AND Co workers	Embase	43	10
	MedLine	36	9
	Cinahl	54	16
	PsycInfo	23	11

Søke terminologi	Databaser	Art inkludert basert på ti ab screening	Art inkludert basert på fulltekstscreening
Nurs* AND Hospital staff AND issues	Embase	10	6
	MedLine	26	11
	Cinahl	32	14
	PsycInfo	7	2

- Artiklene har ikke blitt screenet for overlapping

Vedlegg 2

Intervjuguide

Fase 1: Rammesetting

Uformell prat (ca 5 minutter)

Generell presentasjon av intervjuer og respondent. Tilby drikke (vann/kaffe/te)

Informasjon (ca 5 – 10 minutter)

- Temaet for samtalen blir representert. Samt bakgrunn og formål
- Forklaring av at intervjuet skal brukes i en masteroppgave av meg som student på UiT. Forklaring av konfidensialitet og anonymitet.
- Intervjuer spør om noe av informasjonen er uklart, og om deltakeren har noen spørsmål
- Informasjon om lydopptak, og påminnelse om hva som er gått med på ved deltakelse av intervjuet
- Start av opptak

Fase 2: Fokusering

Nøkkelspørsmål (50 – 60 minutter)

Spørsmål til deg som er sykepleier (evt sykepleier med videreutdanning):

- 1) Hvor lenge har du arbeidet innen feltet Psykisk helse?
- 2) Hva består ditt daglige arbeid av?
 - Hva er betydningsfullt for at du skal ha en god arbeidshverdag?
 - Hva kan gjøre arbeidet ditt mindre bra?
- 3) Har arbeidshverdagen din endret seg den siste tiden, og hvis ja, på hvilken måte?

Oppfølgende spørsmål

Dette vil være setninger som: Kan du si noe mer om...? Hva legger du i ordene...? Kan du begrunne det?

Fase 4: Tilbakeblikk

Oppsummering (ca 15 minutter)

- Gjengivning av intervjuers forståelse av informasjonen som kom frem i intervjuet
- Har jeg forstått deg riktig.....?
- Er det noe du vil legge til? (IMDi,2010).

Vedlegg 3

Informasjonsskriv om masterprosjekt i Psykisk helse- en kvalitativ studie om sykepleiers opplevelse av eget arbeid.

Dette er en forespørsel til deg som er sykepleier på en sengepost innen Psykisk helse eller TSB, om å delta i en studie om hva sykepleiere opplever som betydningsfullt i arbeidet på sengeposten. Problemstillingen for masteroppgaven er:

«Hva er opplever sykepleiere (inkludert spesialsykepleiere) som betydningsfullt i deres arbeid innen Psykisk helse og TSB?»

Formål med prosjektet

Trivsel på arbeidsplassen er sentral for alle, og det er gjort mange studier som setter søkelyset på akkurat dette. Prosjektet er en masteroppgave innen Psykisk helsearbeid i regi av Universitetet i Tromsø. Formålet med studien er å få et subjektivt bilde av hva sykepleiere som arbeider i spesialisthelsetjenesten, anser som betydningsfullt i arbeidet.

Bakgrunn

Bakgrunnen for prosjektet er å finne ut hva arbeidshverdagen til sykepleiere på sengepost i spesialisthelsetjenesten består av. Sykepleiere har over lengre tid vært under tidspress og underbemanning når det kommer til arbeid innen helsesektoren. Pakkeforløpene inntreffer som et ledd for å effektivisere helsetilbudet. Dette er to faktorer som kan forbindes med et utfordrende arbeidsmiljø. Sykepleie innen Psykisk helse og rus – feltet, må ofte forklares. Ved å høre fra sykepleierne selv om egne betraktninger fra deres arbeid, kan man få økt kunnskap og bevissthet rundt hva arbeidet består i.

I denne studien ønsker jeg å intervju deg som 1) **er utdannet sykepleier** (dette inkluderer også spesialsykepleier/psykiatrisk sykepleier) 2) **arbeider på psykiatrisk avdeling** (spesialisthelsetjenesten) 3) **har arbeidet innen psykisk helsearbeid i mer enn 2 år.**

Intervjuprosessen

Temaet for intervjuet vil være din opplevelse av eget arbeid. Det kan være gode eller dårlige erfaringer knyttet til temaet. Intervjuet er sagt til å være et dybdeintervju, som skal ha åpne spørsmål knyttet mot sykepleiers opplevelse.

Intervjuet vil primært skje på egnede steder på Universitetssykehuset Nord Norge eller Universitetet i Tromsø, eventuelt et annet ønskelig sted. Intervjuet vil vare i ca en time (60 min).

Det er ønskelig at vi kan ta opp intervjuet på lydbånd. Ved bruk av lydopptak, kreves det at du som respondent blir informert på forhånd om dette. Jeg vil notere underveis i intervjuet. Lydopptaket vil senere bli transkribert (skrevet som direkte tekst og systematisert).

Deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Ved å signere informasjonsskriv, samtykker du til å være deltaker, hvor hele intervjuet vil bli datamateriell for prosjektet. Du kan når som helst trekke deg som deltaker, og du trenger ikke å oppgi grunnen for at du trekker deg. I dette tilfelle, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert, og lydopptaket slettet.

Personvern

Alle opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt. Det vil si at ingen opplysninger som vil kunne identifisere deg, din arbeidsplass, ditt bosted eller andre gjenkjennbare opplysninger skal komme ut til noen andre enn undertegnede. For å sikre dette, vil lydopptaket lagres i henhold til personvernregelverket. Lydopptaket skal transkriberes (gjøres om til tekst), og vil dermed slettes rimelig kort tid etter intervjuet er utført. Teksten fra ditt intervju blir slettet når prosjektet har blitt godkjent som masteroppgave i Juni 2020.

Om du vil ha ytterligere informasjon om personvern og dine rettigheter, kan du kontakte NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) på: personverntjenester@nsd.no

Med vennlig hilsen

(Mastergradsstudent)

(Veileder fra UiT)

Tone B Edwardsen

Gunn Pettersen

Samtykke

Jeg samtykker herved til å delta som deltaker på prosjektet:

Jeg har lest informasjonsskrivet og samtykker herved til å delta i studiet. Min deltakelse er frivillig, og kan når som helst trekkes.

Dato og sted

Signatur

Vedlegg 4

NSD Personvern

26.09.2019 11:03

Tilbakemelding på meldeskjema med referansekode 363877: NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår. HVA MÅ DU GJØRE VIDERE? Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din. HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE? NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet. VILKÅR Vår vurdering forutsetter: 1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet 2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under) 3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt. 4. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser 5. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon) KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse. Informasjonen du gir må minst inneholde: - Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til - Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig - Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes - At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn - Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring - At du behandler opplysninger om den registrerte (utvalget ditt) basert på deres samtykke / At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke - At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi) - At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet - Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder) - Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer: nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2020. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og

konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. NSD SIN VURDERING NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet, vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20). Forutsatt at informasjonen oppfylles kravene i vilkårene nevnt over, vurderer NSD at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



